

Fecha presentación de la solicitud:/...../.....

SOLICITUD DE RESERVA DE PLAZA DE COMEDOR

CURSO _____.

Usuarios del Servicio de Comedor Escolar (Fijos o Eventuales):

Formas de presentación: -Presencial, en la Secretaría del colegio (con cita previa). - Por email a: comedor@ceipeloyssaavedra.org

Nombre y Apellidos del alumno/a: _____ **Curso:** _____

D/D^a. _____ con nº de teléfono _____,
y D/D^a _____ con nº de teléfono _____,
como padres/madres/tutores legales del citado alumno/a, previo conocimiento y aceptación de las normas
generales y específicas del funcionamiento del comedor escolar y haciéndose responsable de las
consecuencias que puedan derivarse de la actitud incorrecta de mi hijo/a,

SOLICITAN de la Dirección de este Centro, una plaza en dicho comedor para su hijo/a:

(Marcar una de las opciones):

FECHA DE INICIO DE COMEDOR ELEGIDA:

☐ SEPTIEMBRE ☐ OCTUBRE ☐ OTRA.....(Especificar día y mes)

USUARIO DE COMEDOR: ☐ FIJO ☐ EVENTUAL

HORARIO DE SALIDA DE COMEDOR: ☐ 15.00 h ☐ A partir de 15:15 H

(Excepto en septiembre y junio que el horario de salida de comedor será a las 14 h. o a partir de 14:15 H)

PERÍODO DE USO DE COMEDOR:

☐ DE SEPTIEMBRE A JUNIO ☐ DE OCTUBRE A MAYO ☐ OTRO: _____

AUTORIZAN a las siguientes personas a recoger a su hijo/a a la salida del comedor:

NOMBRE	DNI	PARENTESCO	TELÉFONO

Firma de ambos progenitores:



MUY IMPORTANTE: Indiquen a continuación si su hijo/a tiene alguna **alergia, intolerancia, o cualquier otra circunstancia importante**. (Esta información deberá acompañarse del correspondiente **informe médico** a entregar en Secretaría o Enfermería) _____

DOMICILIACIÓN DE RECIBOS

Indique, por favor, si **el número de cuenta es el mismo al del curso anterior:**

SÍ ☐

*Si es el mismo número de cuenta del curso pasado, no es necesario rellenarlo más abajo.

NO ☐

Si ha cambiado el número de cuenta, debe rellenar los siguientes datos y autorizar el cobro.

Datos de la cuenta bancaria para domiciliación de recibos de usuarios de comedor escolar:

D./D^a. _____ como padre/madre/tutor del alumno/a

_____ AUTORIZO al CEIP ELOY SAAVEDRA
a cobrar en mi cuenta bancaria, las facturaciones mensuales correspondientes al pago del Servicio de Comedor de mi hijo/a, corriendo con los gastos que se pudieran derivar de la devolución de recibos por causas imputables a mi persona:

IBAN	ENTIDAD 4 cifras	SUCURSAL 4 cifras	D.C 2 cifras	NÚMERO DE CUENTA 10 cifras
NOMBRE DE LA ENTIDAD				
TITULAR DE LA CUENTA				

FIRMADO: _____