C. D. Santa María Micaela
Granada

SOLICITUD MATRÍCULA COMEDOR CURSO 2023/2024

ALUMNO/A: _____, CURSO_____

FECHA NACIMIENTO_____, TELEFONOS: _____

DOMICILIO_____C.P_____

ALERGIAS/INTOLERANCIAS ALIMENTICIAS_____
(Se debe adjuntar un informe médico que indique el tipo de alergia o intolerancia).

INDIQUE SI EL ALUMNO/A TIENE UNA DIETA ESPECIAL_____

OTRAS OBSERVACIONES_____

NOMBRE DEL PADRE_____

NOMBRE DE LA MADRE_____

OPCIONES Y PRECIOS PARA EL SERVICIO DE COMEDOR (*marcar con una x)*

14:00-15.00 HORAS	***SI EL ALUMNO/A ASISTE TODO EL MES***	***PRECIO DÍA: 7€***	
14:00-15.00 HORAS	***SI EL ALUMNO/A ASISTE DÍAS SUELTOS***	***PRECIO DÍA: 8€***	

NOTA IMPORTANTE: LOS DÍAS QUE SE NECESITE ESTE SERVICIO DEBEN COMUNICARSE, COMO MUY TARDE, EL LUNES DE LA SEMANA ANTERIOR A LO LARGO DE LA MAÑANA.
***A LAS 15:00 H. SE ABRIRÁ LA PUERTA PARA QUE PUEDAN RECOGER A SUS HIJOS/HIJAS, AUNQUE EL MONITOR PERMANECERÁ EN EL CENTRO HASTA LAS 15:30 H.**

DÍAS QUE ASISTIRÁ SU HIJO/A (marcar con una x)

LUNES	***MARTES***	***MIÉRCOLES***	***JUEVES***	***VIERNES***

DATOS BANCARIOS:
NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA: _____

IBAN				**ENTIDAD**				**OFICINA**				**DC**		**NÚMERO DE CUENTA**									

EL COBRO SERÁ POR ADELANTADO (EN LA PRIMERA SEMANA DEL MES)

GRANADA_____ DE _____DE 20____.

FECHA DE COMIENZO DEL ALUMNO/A:

……..

PADRE/MADRE/TUTOR/A.

FDO.: _____