



ALTA SERVICIO COMEDOR 2024-25		
DIA: _____	MES: _____	AÑO: _____
DATOS DEL ALUMNO		
NOMBRE: _____	EDAD: _____	
APELLIDOS: _____	CURSO: _____	
TUTOR/A: _____		

**ALERGIAS:**

PERIODO DE TIEMPO				
SEPTIEMBRE: <input type="checkbox"/>	OCTUBRE: <input type="checkbox"/>	NOVIEMBRE: <input type="checkbox"/>	DICIEMBRE: <input type="checkbox"/>	ENERO: <input type="checkbox"/>
FEBRERO: <input type="checkbox"/>	MARZO: <input type="checkbox"/>	ABRIL: <input type="checkbox"/>	MAYO: <input type="checkbox"/>	JUNIO: <input type="checkbox"/>
TODO EL CURSO ESCOLAR: <input type="checkbox"/>				

DATOS GENERALES	
PADRE: _____	TELF. CONTACTO: _____
MADRE: _____	TELF. CONTACTO: _____
OTROS: _____	TELF. CONTACTO: _____
DATOS BANCARIOS	
Nº CUENTA/ IBAN _____	
TITULAR _____	

**NOTA:** La baja del servicio se debe comunicar en Secretaría, por escrito, con 15 días de antelación.  
 Para hacer constancia del alta del servicio de comedor, presento dicho documento en Secretaría.

PADRE / MADRE	TUTOR / A
FDO: _____	FDO: _____