

ALTA DEL SERVICIO DE COMEDOR CURSO 20 -20

Yo D/D^a. _____ con DNI.: _____
Como padre/madre/ tutor/a del alumno/a/s:

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	CURSO	* ALERGIAS: SI/NO y ¿A qué?
1			
2			
3			
4			

FECHA DE COMIENZO: _____

Tras conocer la normativa de este servicio confirmo que éste/a alumno/a hará uso del servicio de comedor y por ello autorizo al cobro de este servicio en la cuenta de la cual soy titular.

NOMBRE ENTIDAD:																										
CÓDIGO IBAN				ENTIDAD				OFICINA				D.C.		NÚMERO DE CUENTA												

En Alcalá de Henares, a _____ de _____ de 2.0_____

Fecha de inicio: _____ FDO.: _____
 . Inicio de curso
 . Después de período de adaptación
 . Mes de octubre

D/D^a.: _____

* Alergias, enfermedades a tener en cuenta, reacciones, etc. con sus correspondientes informe médicos, que se deberán actualizar según sea su evolución.