



**XUNTA DE GALICIA**  
 CONSELLERÍA DE CULTURA, EDUCACIÓN  
 E ORDENACIÓN UNIVERSITARIA

**Centro de Ed. Infantil e Primaria Plurilingüe "A MAGDALENA"**

R/Monte Caxado , s/n 15320 As Pontes (A Coruña)

Telf. : 881930036 Fax: 881930041E.mail: ceip.magdalena@edu.xunta.es

Web:http://centros.edu.xunta.es/ceipmagdalena

**SOLICITUDE DE PRAZA COMEDOR - CURSO 2019- 2020**

Nome pai/nai/titor/a:			
Domicilio:			
Localidade:	Concello:	Teléf. fixo:	Teléf. Móbil:

**Conteste e/ou rodee as respostas**

Apelidos e nome do Alumno:		Data de nacemento:	
Curso que fará no 2019/20:	Ed. Infantil:	Ed. Primaria:	
	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
1-	Foi comensal do comedor no curso 2018/19?	SI	NON
2-	Vai ser usuario lexítimo do servizo do transporte escolar no curso 2019/20?	SI	NON
3-	3.1- É alumno en situación económica desfavorable? (En caso afirmativo aportar informe dos servizos sociais)	SI	NON
	3.2- Ten o alumno/a algunha discapacidade igual ou superior ao 33%? (En caso afirmativo aportar certificado)	SI	NON
4-	Número de fillos da unidade familiar: .....	Número de fillos escolarizados neste centro: .....	
	É o alumno/a membro dunha familia numerosa? (En caso afirmativo aportar título oficial de familia numerosa)	SI	NON
5-	Teñen o pai e/ou a nai incompatibilidade horaria co horario de saída do seu fillo/a ao mediodía? (Achegar documento/os xustificativo/os)	SI	NON

Padece o/a alumno/a algún tipo de alerxia alimentaria? SI NON (En caso afirmativo presentar documentación médica acreditativa)
---

As Pontes, a ..... de ..... De 2019

Sinatura:

Asdo.: .....

Sra. Directora do CEIP PLURILINGÜE A MAGDALENA