ALIMÉNTATE

COLEXIO: CEIP BREA SEGADE

DATOS DO ALUMNO/A

NOME E APELIDOS

CURSO

Alerxia ou intolerancia a alimentos ou substancias, tache a casilla que corresponda
(no caso de que a resposta sea SI deberá acompañarse de xustificante médico actualizado)

SI NON Alimentos/ substancias:

DATOS DO CONTACTO PRINCIPAL (PAI/NAI/TITOR)

NOME E APELIDOS

Relación co alumno/a: NAI: PAI TITOR

DNI:

Teléfono contacto:

Correo Electrónico:

HORARIO DE COMEDOR

Marque a opción que vai a ultilizar.

1. Mes completo

2.Días alternos: Especificar días:

3. Usuario esporádico

DATOS BANCARIOS A EFECTOS DE DOMICILIACIÓN

Titular da conta bancaria:
DNI

Autorizo a que os recibos de comedor emitidos por Chicolino Restauración (José Fajardo, S.L.), sexan cargados nesta conta:

IBAN				Código Entidade				Sucursal				DC		Número de Conta									

En _____ , a _____ de _____

Asdo: