

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

 Teléfono contacto:

 Correo Electrónico:
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								
E	S																	

En _____ , a _____

Asdo: