

**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:

**HORARIO DE COMEDOR**

Marque a opción que vai a utilizar.

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					
E	S													

En \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Asdo:

**OSERVACIÓNS (explique a continuación calquer tipo de incidencia ou comentario que crea que debemos coñecer, así como si necesita enlazar comedor con algunha actividade)**