Comunidad de Madrid.
Consejería de Educación e investigación.
C.E.I.P. "LAS CASTAÑERAS"
C/ Andalucía, 8-28939 Arroyomolinos (Madrid)
Tf. 91 609 12 83 – Fax: 91 609 54 49

Comunidad de Madrid
Colegio Bilingüe
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, JUVENTUD Y DEPORTE

ALTA EN EL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR CURSO_____

D. ……..

Dña. ……..

Solicitamos que mi hijo/a/os/as:

……Curso……Grupo……..

……Curso……Grupo……..

……Curso……Grupo……..

Utilicen el servicio de Comedor Escolar durante el curso _____ (marcar lo que proceda)

☐ Todo el curso ☐ De octubre a mayo ☐ Solo los meses de septiembre y junio

☐ De octubre a junio ☐ Otras circunstancias (indicar aquí) ……

Firma de la madre Firma del padre

Arroyomolinos a ____ de _____de 20____

Con la firma de este documento acepto las normas que rigen el funcionamiento del comedor.

Observaciones/ Alergias (entregar justificante médico): ……..

……..

Los recibos serán domiciliados en los cinco primeros días del mes en curso, para lo cual deberán completar correctamente los siguientes datos:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/LA TITULAR DE LA CUENTA:……..

BANCO O CAJA:……

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (CCC)

IBAN				ENTIDAD				OFICINA				D.C		NÚMERO DE CUENTA									
E	**S**																						