GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte

Colegio de Educación Infantil y Primaria
PUENTE SARDAS
Sabiñánigo

# SOLICITUD DE PLAZA EN COMEDOR ESCOLAR

## 1. RECOGIDA DE DATOS

D./Dña.:_____ Padre /Madre o Tutor/a del alumno/a que a continuación se detallan, **SOLICITA** plaza de comedor escolar para el presente curso.

| NOMBRE Y APELLIDOS DE LOS ALUMNO/A CURSO y ETAPA |
|---|
| |

Señalar la opción elegida.

- De 7 al 15 del mes de SEPTIEMBRE (jornada reducida).
- Desde el 18 de SEPTIEMBRE hasta el 31 de MAYO (jornada continua).
- Mes de JUNIO (jornada reducida del 3 al 21 de JUNIO).
- TODO EL CURSO (desde el 7 de SEPTIEMBRE hasta el 21 de JUNIO).

## 2. DIETAS ESPECIALES

| ALERGIAS o ENFERMEDADES (aportar informe médico) |
|---|
| |

## 3. TIPO DE USUARIO

Especificar en cada caso lo que corresponda

| | | | |
|---|---|---|---|
| TRANSPORTADO | BECADO | FIJO | ESPORÁDICO |

## 4.HORARIO DE RECOGIDA Seleccione la opción correcta

| | |
|---|---|
| a las 15:15h | a las 15:55h |

## 5. DATOS BANCARIOS (Rellenar en caso de alumno fijo o esporádico)

Nombre y apellidos del titular de la cuenta ……

DNI del titular de la cuenta……Entidad financiera……

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E | S | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**AUTORIZO** que se haga efectivo con cargo a mi cuenta el recibo mensual librado por el Comedor Escolar del CEIP PUENTE SARDAS.

Sabiñanigo, a _____ de _____ de _____.

Firma del padre/madre tutor/a