

SOLICITUD MATRÍCULA COMEDOR CURSO 2025/2026

ALUMNO/ALUMNA: _____ CURSO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ TELÉFONOS _____

DOMICILIO _____ C.P. _____

ALERGIAS/INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS _____

NOMBRE DEL PADRE _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

OPCIONES Y PRECIOS PARA EL SERVICIO DE COMEDOR (SEÑALE LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE)

14:00-15:00 HORAS	SI ASISTE TODO EL MES	PRECIO DÍA: 7,50€
14:00-15:00 HORAS	SI ASISTE DÍAS SUELTOS	PRECIO DÍAS SUELTOS: 8,50€

DÍAS QUE ASISTIRÁ SU HIJO/HIJA (Marcar con una x)

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

DATOS BANCARIOS:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA: _____

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO DE CUENTA

GRANADA A, _____ DE _____ DE 20 _____

FECHA DE INICIO DEL ALUMNO O DE LA ALUMNA: _____

PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA

FDO.: _____