INSCRIPCIÓN SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR CURSO 202_ / 202_

DATOS DEL ALUMNO/A	
APELLIDOS Y NOMBRE	

INFANTIL	3 AÑOS		4 AÑOS		5 AÑOS						

PRIMARIA	1º		2º		3º		4º		5º		6º	
E.S.O	1º		2º		3º		4º					

ALERGIAS O INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS				
SÍ		NO		Imprescindible adjuntar **certificado médico (formato pdf o jpg)**
Especificar alergias:				

CUMPLIMENTAR EL SIGUIENTE APARTADO SOLO EN CASO DE CAMBIO DE CUENTA BANCARIA O NUEVA INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE COMEDOR:

DOMICILIACIÓN BANCARIA																								
TITULAR																NIF/NIE								
IBAN				ENTIDAD				OFICINA				DC		NÚMERO DE CUENTA										

Avda Hispanidad S/N 10005 Cáceres
Teléfono: 927237506; Fax: 927629686
Correo electrónico: m_auxiliadora@msn.com
Web: www.colegiomariaauxiliadoracc.com