



**C.E.I.P. Alcalde
de Móstoles**



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Comunidad de Madrid

C/ Aldeanueva de la Vera, 9 28044 Madrid

Teléfonos: 91 705 5465

Fax: 91509 51

cp.alcaldedemostoles.madrid@educa.madrid.org

Código Centro: 28018393

SOLICITUD COMEDOR ESCOLAR MES DE SEPTIEMBRE

DATOS ALUMNOS/AS

D./D^a. _____ en su calidad de
padre/madre/tutor del/de los alumno/s matriculados en el CEIP ALCALDE DE MÓSTOLES.

_____ de _____ curso de Infantil / Primaria,
_____ de _____ curso de Infantil / Primaria,
_____ de _____ curso de Infantil / Primaria.

PLAZOS DEL SERVICIO DE COMEDOR.

SOLICITO plaza de comedor escolar durante el curso 20 __/20__ manifestando que conozco y acepto las normas de funcionamiento propias del servicio.

Los plazos solicitados son:

MES DE SEPTIEMBRE

COMUNICACIÓN ALERGIAS

COMUNICO que mi hijo/hija presenta una alergia a _____

Y, por ello, solicito un menú alternativo adecuado a dicha alergia. Para ello, presento los documentos médicos que certifican dicha información.

Otras observaciones a tener en cuenta:

DATOS BANCARIOS DEL CENTRO EDUCATIVO

Este curso escolar de manera excepcional, el recibo de comedor del mes **de septiembre y eventuales será previo pago**. Los comensales eventuales deberán hacer el pago un día antes o el mismo día **previa confirmación de Secretaría**.

DATOS DEL TITULAR: CEIP ALCALDE DE MÓSTOLES

IBAN				ENTIDAD				OFICINA				DC		CUENTA									
E	S	5	1	2	0	3	8	1	0	9	4	2	1	6	0	0	0	0	7	4	4	4	6

FIRMADO EL PADRE:

FIRMADO LA MADRE:

FIRMADO EL TUTOR/A LEGAL:

***IMPORTANTE:** Es obligatorio la firma de ambos progenitores.

