



**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](mailto:cp.alcaldedemostoles.madrid@educa.madrid.org)

Código Centro: 28018393

## SOLICITUD COMEDOR ESCOLAR USUARIOS FIJOS

---

### DATOS ALUMNOS/AS

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ 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: DE OCTUBRE A MAYO**

### 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 A EFECTOS DE DOMICILIACIÓN DE RECIBOS DE PAGO

DATOS DEL TITULAR

Nombre y Apellidos del titular de la cuenta:

---

IBAN		ENTIDAD				OFICINA				DC		CUENTA							
E	S																		

Autorizo a que pasen el cobro a este N<sup>o</sup> de cuenta, los recibos mensuales de comedor.

**\*Importante:** Es obligatorio adjuntar fotocopia de la hoja de la libreta o documento en el que figure el nombre del titular y el N<sup>o</sup> de cuenta.

FIRMADO EL PADRE:

FIRMADO LA MADRE:

FIRMADO EL TUTOR/A LEGAL:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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