



**C.E.I.P. «BACHILLER ALONSO LÓPEZ»**  
 C/ Francisco Largo Caballero, s/n - 28100 – ALCOBENDAS (MADRID)  
 Tfno.: 91 661 81 57– FAX: 91 661 25 05 www.ceipbachilleralonsolopez.es

**COMEDOR ESCOLAR**

**SOLICITUD DE PLAZA PARA EL CURSO ESCOLAR 2017 - 2018**  
**ENTREGAR EN SECRETARIA ANTES DEL 1 DE JUNIO**

D/D<sup>a</sup>.....DNI.....

En calidad de padre/ madre tutor/a legal, solicita plaza para utilizar el servicio de comedor del colegio durante el curso 2017 /18, para:

HIJO/A	APELLIDOS	NOMBRE	CURSO PARA EL PROXIMO AÑO *
1			
2			
3			
4			
5			

\*Curso para el año próximo I3A, I3B, I3C, I4A, I4B, I4C, I5A, I5B, I5C, P1A, P1B, P1C, P2A, P2B, P2C, P3A, P3B, P3C, P4A, P4B, P4C, P5A, P5B, P5C, P6A, P6B, P6C

Comienzo de uso de comedor en (poner una cruz):  Septiembre  Octubre

**OBSERVACIONES:** (Alergias con certificado médico, etc.)

**SI EL NÚMERO DE CUENTA ES EL MISMO QUE DURANTE EL CURSO 2016/17 NO HACE FALTA QUE LO ANOTEN.**

**DOMICILIACIÓN DEL RECIBO DEL COMEDOR** (Entregar en la Secretaria del Colegio).

Titular de la Cuenta:.....  
 Entidad Bancaria:.....  
 Domicilio de la Entidad Bancaria:.....Teléfono:.....

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NUMERO DE CUENTA

Mediante la firma de este documento, autoriza al Ceip Bachiller Alonso López, con CIF.: Q2801360E, a que, desde la fecha presente, gire en el n°. de cuenta bancaria especificada en la presente autorización, los recibos correspondientes al pago de comedor, como consecuencia de la nueva adaptación legislativa europea SEPA.

Alumno/a:.....Curso:.....Grupo:.....  
 Madrid.....de.....de 2017

**Firma de Titular de la Cuenta**

\*Las familias que hayan devuelto 2 cuotas en el curso 2016/17 tendrán que abonar **100€** antes de que comience el servicio de comedor.