



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 20__ / __
ENTREGAR EN SECRETARIA AL REALIZAR LA MATRICULA

D/D^a.....DNI.....
 En calidad de padre/ madre tutor/a legal, solicita plaza para utilizar el servicio de comedor del colegio durante el curso 20__ / __, 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** (todos los alumnos deberán entregar informe médico actualizado)

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.º. 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 20__

Firma de Titular de la Cuenta