



FICHA DE INSCRIPCIÓN COMEDOR ESCOLAR. CURSO 2021 / 2022

USUARIO DE COMEDOR

<u>Nombre y Apellidos</u>	<u>Edad</u>	<u>Curso y nivel educativo</u>	<u>Nº solicitud</u> (rellenar por el Centro)
<u>Día que inicia el servicio de comedor</u>		<u>Fecha de baja</u> (rellenar por el Centro)	

ASISTENCIA. Marcar lo que proceda

<u>USUARIO ESPORÁDICO</u> (días sueltos)	<u>USUARIO HABITUAL</u>	<u>USUARIO FIJO PERO NO TODOS LOS DÍAS</u> <u>DE LA SEMANA</u>
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<u>USUARIO EN SEPTIEMBRE</u>		<u>USUARIO EN JUNIO</u>
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Si has marcado SI en usuario de todas las semanas algunos días determinados indique qué días serán: _____

Alergias o intolerancias

PADECE ALGUNA ALERGÍA O INTOLERANCIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso de ser afirmativo debe acompañar un informe a la presente hoja
EN CASO DE PADECER ALGUNA ALERGIA O INTOLERANCIA HAGA UNA BREVE DESCRIPCIÓN		

PADRE, MADRE, TUT@R DEL ALUMN@

Nombre y Apellidos	
DNI	
Correo	
Teléfono/s	

Nombre y Apellidos	
DNI	
Correo	



Teléfono/s	
------------	--

Personas autorizadas de recoger al alum@

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	PARENTESCO
AUTORIZO A QUE MI HIJ@ REGRESE SOLO A CASA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ABONO DEL SERVICIO. Domiciliación Bancaria

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, usted autoriza a la Fundación Santa Clara, a enviar a órdenes a su entidad financiera para adeudar los importes correspondiente en su cuenta de acuerdo con los servicios de comedor escolar recibidos. La devolución de un recibo o resibos sobre los que ha disfrutado el servicio de comedor así como el impago de uno de los mismos ocasionará la imposibilidad de poder utilizar el servicio de comedor ofrecido.

Nombre y Apellidos del titular					
DNI		Teléfono			
Dirección				PAIS	ESPAÑA
Localidad				Código Postal	
NÚMERO DE CUENTA IBAN					
IBAN ENTIDAD SUCURSAL D.C. Nº CONT					
ES _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					

El precio del servicio mensual será de 99€ y el de días alternos de 8€ por cada día de servicio

Fecha y firma

En..... a..... de..... de.....

Fdo:.....