



DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A QUE INSCRIBE AL ALUMNO

Apellidos y nombre	
Domicilio	

DATOS DE LOS ALUMNOS/AS QUE SE INSCRIBEN

Hijo/a	APELLIDOS	NOMBRE	CURSO
1			
2			
3			

TELEFONOS DE CONTACTO DURANTE EL HORARIO DEL COMEDOR

Nº Teléf.		Pertenece a	
Nº Teléf.		Pertenece a	
Nº Teléf.		Pertenece a	

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA:

Autorizo al Colegio a pasar el correspondiente recibo mensual al nº de cuenta corriente indicado a continuación: (es imprescindible rellenar **TODOS** los campos abajo indicados)

TITULAR													
N.I.F.													
Escriba aquí el NÚMERO DE CÓDIGO CUENTA CLIENTE (CCC 20 dígitos)													
IBÁN			ENTIDAD			OFICINA			D.C.		Nº CUENTA		

Muel, a ____ de _____ de 2015

Firma

Fdo. _____

ATENCIÓN: En caso de intolerancia de alimentos (**justificado con certificado médico**), deberán pasar por la Dirección del Centro para proporcionarles una información más completa respecto al Servicio de Comedor.

