

SOLICITUD DE ASISTENCIA AO SERVIZO DO COMEDOR d@s alumn@s:

Nº de socio da ANPA

☐

Usuari@s do comedor o curso 2007 / 2008

	APELIDOS	NOME	Curso	Idade
1.-				
2.-				
3.-				

Asistencia ao comedor

(Marque os días que asistirá, e, no seu caso, indique os días)

☐

5 días/semana: *De luns a venres*

☐

3 días/semana:

☐

4 días/semana:

☐

2/1 días/semana:

Nai / Titora

D.N.I.

Teléfono

Pai / Titor

D.N.I.

Teléfono

--	--	--

Domicilio

--

Personas autorizadas para recoller ao alumn@ (Deberá traer o D.N.I.)

D.N.I.

1.-	
2.-	

Observacións:

--

Don/a _____ con D.N.I. _____

como pai/nai/titor/titora declaro baixo a miña responsabilidade que os solicitantes de comedor escolar arriba mencionad@s, non padecen ningunha enfermidade contaxiosa sin alerxia ou Intolerancia alimentaria, que lles impida utilizar o servivio de comedor do C.E.I.P. Fontiñas sen ningunha precaución especial.

En Santiago de Compostela a dede 200...

Asinado:

NOTA: As alerxias ou intolerancias alimentarias non impiden usar o servivio de comedor, sempre que se acompañe á solicitude o correspondente certificado médico.