



Servei de menjador escolar

	ALUMNE/A
Llinatge 1	
Llinatge 2	
Nom	
Curs	
Grup	
Data naixement	
Data inici menjador	

FOTO

	Mare o Tutora	Pare o Tutor
Nom		
Llinatge 1		
Llinatge 2		
Email		
Telèfon Mòbil		
Telèfon Casa		

DIES DE SERVEI

El vostre fill farà ús del Servei de menjador els dies assenyalats: (Marcau amb una X)

Dilluns Dimarts Dimecres Dijous Divendres

INTOLERANCIES i AL·LERGIES(*)

(*)S'ha de presentar certificat mèdic i una fotografia addicional

PAGAMENT

Seleccionau la forma de pagament del servei de menjador (Marcau amb una X)

Pagarà mitjançant tiquet

Pagarà mitjançant domiciliació bancària. Emplenar les següents dades del titular:

Llinatge 1

Llinatge 2

Nom

Compte
IBAN

País	D.C	Compte CCC
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data: _____

Signat: _____