

SERVIZOS DO CENTRO / CURSO 2024-2025

Alumno/a: _____

Curso: _____ Grupo _____

- EMPREGARÁ O TRANSPORTE ESCOLAR:

NON SI

Parada subida: _____ Parada baixada: _____

- ELIXE CLASE DE:

RELIXIÓN PROXECTO COMPETENCIAL

- FARÁ USO DO SERVIZO DE COMEDOR ESCOLAR:

NON SI

Sinale os días: L - M - Me - X - V ou Todos

- TEN INTOLERANCIA OU ALERXIA A ALGÚN ALIMENTO E/OU MEDICAMENTO

SI Cal/cales: _____

NON

O CENTRO PRECISA CERTIFICADO MÉDICO QUE O ACREDITE

- OBSERVACIÓNS: _____

Asinado pai, nai ou titor legal:

Vigo , a _____ de _____ de 20__