

DATOS DO ALUMNO/A

NOME E APELIDOS

CURSO

Alerxia ou intolerancia a alimentos ou substancias, tache a casilla que corresponda
(no caso de que a resposta sea SI deberá acompañarse de xustificante médico actualizado)

 SI

 NON

Alimentos/ substancias:

DATOS DO CONTACTO PRINCIPAL (PAI/NAI/TITOR)

NOME E APELIDOS

 Relación co alumno/a: NAI: PAI TITOR

 DNI:

 Teléfono contacto:

 Correo Electrónico:
HORARIO DE COMEDOR

Marque a opción que vai a utilizar.

 Mes completo

 Días alternos: Especificar días:
DATOS BANCARIOS A EFECTOS DE DOMICILIACIÓN

 Titular da conta bancaria:

 DNI

Autorizo a que os recibos de comedor emitidos por Chicolino Restauración (José Fajardo, S.L.), sexan cargados nesta conta:

| IBAN | | | | Código Entidade | | | | Sucursal | | | | DC | | Número de Conta | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|-----------------|--|--|--|----------|--|--|--|----|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

En _____ , a _____ de _____ de 2019

Asdo: