SOLICITUD DE SERVICIO DE DESAYUNOS SALUDABLES PARA EL CURSO 2023/2024

NOMBRE				
APELLIDOS				
TELÉFONO/S				
CORREO ELECT				
En calidad de:	OMadre	C Padre	OTutor Legal	
DATOS DEL/A	ALUMNO/A			
NOMBRE y APEI	LIDOS			
CURSO HORA DE ENTR Si por razones la le servicio.	ADA: 7.30 - 8 borales necesit	CLASE CACIÓN PRIMARIA CLASE 3.45 H (SOLO SE SER cas cambiar el horario CIO DE DESAYUNOS S	o avisar con dos día	·
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Con qué frecuence Fijo al mes Fecha que comie ALERGIAS Y/O I	OSemanas a nza a asistir:	Iternas Semana S: <u>DEBEN QUEDAR AS</u>	es continuas ODía	

Otras situaciones: