



Mes completo: **121 €/mes.**

2 días en semana: **62 €/mes.**

COMEDOR ESCOLAR 2023-2024

(SERVICIO ESCOLAR COMPLEMENTARIO DE CARÁCTER VOLUNTARIO)

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS:

CURSO:

TELÉFONO DE CONTACTO:

	Mes completo		
	2 días/semana		Lunes
			Martes
			Miércoles
			Jueves
			Viernes

¿Algún tipo de alergia alimentaria?

Indicar qué tipo y adjuntar informe médico.

DATOS DEL BANCO (rellenar sólo en caso de modificación de la cuenta que consta en el centro)

TITULAR _____

D.N.I. del Titular de la cuenta: _____

IBAN				Número entidad				Oficina				D.C		Número de cuenta											

Nota: No se podrá dar de baja de comedor aquellos meses que, según el calendario escolar, no son lectivos en su totalidad.

Acepto las Normas y Condiciones del Servicio del Comedor de este Centro: La Inmaculada-Marillac

Para que conste lo firmo en Madrid, a _____ de _____ 202__

Firma del Padre, madre o Tutor