

SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR

AÑO ACADÉMICO:

NOMBRE DEL CENTRO: LOCALIDAD:

SERVICIOS QUE SOLICITA **COMIDA** **AULA MATINAL**

PARA EMPEZAR: **EL PRIMER DÍA DE CURSO**

1 DE OCTUBRE

DÍAS SUELTOS

Especificar, si es posible, por ejemplo: martes, semanas alternas: _____

SOLICITUD DE DIETA ESPECIAL (por certificado médico) Si No

1.-DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

2.-DATOS ACADÉMICOS

1. CURSO A REALIZAR EN 2017-2018:

ETAPA	
-Educación Infantil	<input type="checkbox"/> Curso <input type="text"/>
-Educación Primaria	<input type="checkbox"/> Curso <input type="text"/>

