

# SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR

AÑO ACADÉMICO:

NOMBRE DEL CENTRO:  LOCALIDAD:

COMIDA  AULA MATINAL

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

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

D.N.I./Pasaporte

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO FAMILIAR, CALLE, PLAZA, NÚMERO

LOCALIDAD   
CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA

MUNICIPIO   
TELÉFONO

## 2.-DATOS ACADÉMICOS

### 1. CURSO A REALIZAR EN 2017-2018:

CENTRO

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

