Comunidad de Madrid.
Consejería de Educación e investigación.
C.E.I.P. "LAS CASTAÑERAS"
C/ Andalucía, 8-28939 Arroyomolinos (Madrid)
Tf. 91 609 12 83 – Fax: 91 609 54 49

ALTA EN EL SERVICIO DEL DESAYUNO ESCOLAR CURSO _____

D. ……

Dña. ……..

Solicitamos que mi hijo/a/os/as:
…….Curso……Grupo……
…….Curso……Grupo……..
…….Curso……Grupo……..

MARCAR LO QUE PROCEDA

☐ SERVICIO DE DESAYUNO

☐ SERVICIO DE ACOGIDA DEL DESAYUNO (de 08:00 a 09:00 SIN DESAYUNO)

Utilicen el servicio anteriormente marcado para el curso _____durante:

☐ Todo el curso ☐ De octubre a mayo ☐ Solo los meses de septiembre y junio

☐ Otras circunstancias (indicar aquí) …….

Firma de la madre Firma del padre

Arroyomolinos a _____ de_____ de 20____

Con la firma de este documento acepto las normas que rigen el funcionamiento del desayuno.
Observaciones/ Alergias (entregar justificante médico):…….
……

Los recibos serán domiciliados en los cinco primeros días del mes en curso, para lo cual deberán completar correctamente los siguientes datos:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/LA TITULAR DE LA CUENTA:……..

BANCO O CAJA:……

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (CCC)

IBAN				ENTIDAD				OFICINA				D.C		NÚMERO DE CUENTA									
E	S																						