

## INSCRIPCIÓN SERVICIO DE COMEDOR

- \*. Nombre del alumno: \_\_\_\_\_
- \*. Primer apellido: \_\_\_\_\_
- \*. Segundo apellido: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_
- \*. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- \*. Nombre y apellidos del padre: \_\_\_\_\_
- \*. Nombre y apellidos de la madre: \_\_\_\_\_
- \*. Teléfono de contacto 1: \_\_\_\_\_
- \*. Teléfono de contacto 2: \_\_\_\_\_
- \*. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- \*. Seleccione el servicio deseado y envíelo al correo [matriculación@chiclanasanagustin.com](mailto:matriculación@chiclanasanagustin.com)

SERVICIO	SELECCIÓN (X)	
<b>HABITUALES</b>	5 días	<input type="checkbox"/>
	4 días	<input type="checkbox"/>
<b>HABITUAL DISCONTINUO</b>	3 días	<input type="checkbox"/>
	2 días	<input type="checkbox"/>
	1 día	<input type="checkbox"/>

\*. ¿El alumno presenta algún tipo de alergia o intolerancia? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Indíquenos cuáles: \_\_\_\_\_

\*. Hora de recogida: 15:00 h. \_\_\_ 15:30 h. \_\_\_ 16:00 h. \_\_\_

\*. Datos bancarios:

o Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

o Nº de Cuenta: ES \_\_\_\_\_

Firma del Padre, madre o tutor legal

