



SOLICITUD DE COMEDOR DE DÍAS SUELTOS

D./DÑA. _____ con DNI _____

SOLICITO

Plaza en el servicio de Comedor Escolar para el curso 20__-20__ para el/los alumno/s siguiente/s:

APELLIDOS Y NOMBRE			
ETAPA (Infantil – Primaria)		CURSO Y LETRA	
INTOLERANCIAS O ALERGIAS			

APELLIDOS Y NOMBRE			
ETAPA (Infantil – Primaria)		CURSO Y LETRA	
INTOLERANCIAS O ALERGIAS			

MES EN EL QUE SE INICIARÁ EL USO DEL COMEDOR: _____

DÍAS SUELTOS: _____

*Se recuerda que el mínimo es de 2 días y que el pago se hace de forma **ANTICIPADA Y TRIMESTRAL**,*

PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

MOTIVO: _____

En Murcia, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del padre o tutor legal:

Firma de la madre o tutora legal:

A LA ATENCIÓN DE LA SRA. DIRECTORA DEL CBM MARIANO AROCA LÓPEZ