



CEIP INF-PRI MEDITERRÁNEO

SOLICITUD DE COMEDOR ESCOLAR Y FORMA DE PAGO CURSO 2020/21

Nombre del alumno/a: _____

Curso: _____ **grupo:** _____

Teléfonos de contacto: _____

D./D^a _____ en calidad de
PADRE / MADRE / TUTOR del alumno/a que más arriba se indica,

SOLICITO que mi hijo/a haga uso del comedor escolar, comprometiéndome a abonar el importe establecido como precio del servicio en la cuenta del centro de forma anticipada y con periodicidad mensual, dentro de los **cinco primeros días hábiles de cada mes**, conociendo que la cantidad a pagar se calcula multiplicando el número de días lectivos del mes por el precio del menú diario que fija la Consejería de Educación, y Cultura de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Conociendo, así mismo, que ***"la falta de abono del precio del servicio en los plazos y condiciones establecidas dará lugar como medida cautelar a la baja inmediata en el comedor. En los casos en que no se corrija la situación según lo previsto en las normas de funcionamiento, se acordará por el órgano competente la baja definitiva para el resto del curso"*** (**Orden de la Consejería de Educación y Cultura de 17 de julio de 2.006, BORM de 28 de julio, artículo 12.4**) y por lo tanto, al finalizar el horario escolar, el/la alumno/a deberá ser recogido/a en el centro o irá a casa en el transporte gratuito que dicha Consejería tiene establecido de la manera habitual.

Para poder dar servicio a los alumnos con intolerancia alimenticia o cualquier situación que sea necesaria una adaptación del menú, es necesario la presentación de un CERTIFICADO MÉDICO especificando los alimentos. Dicho certificado será enviado a la empresa.

Indique si su hijo/a tiene algún tipo de alergia o intolerancia alimenticia **si** **no**

En caso afirmativo indique cuál:



FORMA DE PAGO: (Indíquese con una X)

- INGRESO EN LA CUENTA N° **ES78 0081 1159 87 0001004202**, DE LA OFICINA DEL BANCO **SabadellCAM**.
- DOMICILIACIÓN BANCARIA. En el caso de devolución del recibo, el importe supondrá un recargo del coste que la entidad bancaria marque.

NOMBRE TITULAR CUENTA CARGO:

N.I.F./N.I.E./Pasaporte del TITULAR:

NÚMERO CUENTA CARGO (IBAN):

E	S			
---	---	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

NOMBRE DEL BANCO O CAJA DE AHORROS:

- **RÉGIMEN DE UTILIZACIÓN:** A PARTIR DEL MES DE _____.

La Manga del Mar Menor, _____ de _____ de 20 ____

Fdo: _____

En los meses de septiembre y junio el horario será de 13'00 a 15'00 horas; de octubre a mayo el horario será de 14'00 a 16'00 horas.