



**RESERVA SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR**

D/D<sup>a</sup>: .....

Padre/Madre/Tutor del **alumno/a**: .....

Que cursará : Infantil de \_\_\_\_ años/ \_\_\_\_de Primaria/ \_\_\_\_de Secundaria.

**Solicita reserva de plaza en comedor escolar para el curso 20\_\_/20\_\_**, en la siguiente modalidad de prestación (marque con una X su opción y con un círculo los días):

<input type="checkbox"/>	1 día a la semana	( L M X J V)	27 €/mes
<input type="checkbox"/>	2 días a la semana	( L M X J V)	53 €/mes
<input type="checkbox"/>	3 días a la semana	( L M X J V)	80 €/mes
<input type="checkbox"/>	4 días a la semana	( L M X J V)	106 €/mes
<input type="checkbox"/>	Todos los días de la semana		118 €/mes

**Fecha de comienzo del servicio (solo si es distinta al 1er día de clase):** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DE CONTACTO**

Persona y teléfono de contacto en caso de necesidad: .....

.....

Correo electrónico: .....

Es necesario que nos comunique si su hijo/a es alérgico a algún tipo de alimento, si padece algún tipo de enfermedad que pudiera necesitar menú especial o bien atención o suministro por parte del personal de comedor de alguna medicación (diabetes, asma, epilepsia,...):

NO  SI  Especifique a continuación:

.....

.....

.....

En caso afirmativo, la documentación a adjuntar es un CERTIFICADO MÉDICO y una autorización de suministro de medicamentos si procede.

Fecha:

Firma:

## ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

CONCEPTO: COMEDOR ESCOLAR

1	Nombre del deudor/es:				
2	DNI/NIE/CIF del deudor/es:				
3	Dirección del deudor: Calle y número				
4	Código postal – Población - Provincia				
5	País del deudor				
6	<b>Número de cuenta del deudor -IBAN</b>				
7	Nombre del acreedor	COLEGIO SANTO ÁNGEL DE LA GUARDA			
8	Identificador del acreedor	<b>ES67-000-R4100162I</b>			
9	Nombre de la calle y número del acreedor	c/ Carabela la Niña, 7			
10	Código postal – Población - Provincia	41007 Sevilla			
12	País	España			
13	Tipo de pago (Pago recurrente o pago único)	PAGO RECURRENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	PAGO ÚNICO	<input type="checkbox"/>
14	Localidad – Fecha				
Firma del deudor:					

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a : (A) COLEGIO SANTO ÁNGEL DE LA GUARDA a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de COLEGIO SANTO ÁNGEL DE LA GUARDA.

Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta.