



INSCRIPCIÓN COMEDOR ESCOLAR – CURSO 2016/2017

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Apellidos			
Nombre			
Teléfono		DNI	

DATOS DEL ALUMNO/A

Apellidos			
Nombre		Curso	

TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL HORARIO DEL COMEDOR

Nº		Nombre	
----	--	--------	--

Deseo que mi hijo haga utilización del servicio de comedor escolar en la siguiente modalidad:

- Fijo (mes completo)
- Eventual (días sueltos)

Fecha de comienzo de utilización del servicio:

NECESIDADES

Sí No

- | | | |
|---|--|--|
| - El/La niño/a come solo/a. | | |
| - El/La niño/a es alérgico/a a algún alimento (indicar abajo cuáles) ¹ . | | |
| - El/La niño/a no tolera algún alimento (indicar abajo cuáles) ¹ . | | |
| - El/La niño/a necesita medicación durante el horario del comedor ¹ . | | |
| - El/La niño/a es autónomo/a en las tareas de higiene previas. | | |
| - El/La niño/a es autónomo/a en las tareas de higiene posteriores. | | |

¹ Seguir las indicaciones recogidas en el Reglamento de Comedor.

OTRAS CIRCUNSTANCIAS O NECESIDADES (INDICAR)

He leído y acepto la normativa reguladora de la prestación del servicio recogida en el Reglamento de Comedor Escolar del Centro. *(marcar con una x)*

Firma padre/madre/tutor legal:

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, les informamos de que los datos personales que nos faciliten serán incorporados a un fichero informatizado cuyo responsable es **COLEGIO SAN JUAN DE LA CRUZ**, con la finalidad de realizar la gestión integral de las relaciones del Colegio con los alumnos. Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición deberán dirigirse al responsable del fichero, en la dirección C/ Daoíz y Velarde, 52 - 24006 León.