



C.E.I.P. SAN BLAS  
ALICANTE

**SERVICIO COMEDOR ESCOLAR**  
**SOLICITUD RESERVA DE PLAZA PARA**  
**SEPTIEMBRE**  
**CURSO:2024-2025**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO/A:

ED. INFANTIL: 3 AÑOS  4 AÑOS  5 AÑOS

ED. PRIMARIA: 1º  2º  3º  4º  5º  6º

SEPTIEMBRE-----

COMPROMETIÉNDOSE A:

- Conocer y cumplir las normas de este Comedor Escolar.
- Domiciliar los pagos en la Entidad de ahorro abajo seleccionada

*Datos bancarios (cumplimentar en caso de cambio en número de cuenta)*

CAJA DE AHORROS/ BANCO: \_\_\_\_\_

SUCURSAL \_\_\_\_\_

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº DE CUENTA
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Les ruego que con cargo a mi cuenta anteriormente mencionada sean abonados los recibos que por el concepto de COMEDOR les sean presentados y emitidos por el COLEGIO PÚBLICO SAN BLAS DE ALICANTE.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TITULAR DE LA CUENTA:

*Una vez cumplimentada la solicitud, ha de remitirse a la siguiente dirección de correo electrónico: [inma.rodriguez@colegiosanblas.es](mailto:inma.rodriguez@colegiosanblas.es). Plazo de entrega hasta el 6 de septiembre.*

Alicante, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2024

Firma: Padre o Madre \_\_\_\_\_

