

**SOLICITUD COMEDOR ESCOLAR – CURSO 20\_\_/20\_\_**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI  
\_\_\_\_\_, como padre/madre o tutor/a legal del  
alumno/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ del  
grupo \_\_\_\_\_,

**SOLICITO** que mi hijo/a utilice el servicio de comedor escolar de forma fija y  
continua durante el curso 20\_\_/20\_\_

(Marcar la opción deseada):

<b>Mes completo</b> 71,50€	<input type="checkbox"/>	<b>Días aislados</b> 4€	Lunes	<input type="checkbox"/>	Martes	<input type="checkbox"/>	Miércoles	<input type="checkbox"/>	Jueves	<input type="checkbox"/>	Viernes	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	----------------------------	-------	--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------	--------------------------	---------	--------------------------

\* La concesión de Beca no tendrá efectos retroactivos.

A efectos de adjudicación de plazas, indique el motivo por el que solicita este servicio (señale con una X):

1	Alumnado de familias monoparentales en las que trabaje el padre, la madre o el tutor o tutora legal (Adjuntar justificante de la situación familiar y certificado de la empresa donde trabaje el padre/madre o tutor expedido por el titular o jefe de personal de la misma)
2	Alumnado de familias en las que trabajen los dos progenitores o los dos tutores legales (Adjuntar certificados de la empresa donde trabaje el padre, la madre o los tutores expedido por el titular o jefe de personal de la misma)
3	Alumnado que desee usar el servicio por cualquier otro motivo.

Observaciones menú escolar (indicar dietas especiales por alergias alimentarias, prescripciones culturales, etc.).

*\*Recuerde que si el alumno/a padece algún tipo de alergia alimentaria, debe aportar la documentación médica acreditativa en la Secretaría del centro, ANTES DE INICIAR SU ASISTENCIA AL COMEDOR ESCOLAR.*

FECHA COMIENZO DE ASISTENCIA  
(a rellenar por el centro)

Gijón, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20  
El padre/madre/tutor/tutora legal

Firmado: \_\_\_\_\_

**SR. DIRECTOR DEL COLEGIO PÚBLICO ALFONSO CAMÍN**