

COMEDOR ESCOLAR CURSO 20\_\_\_/20\_\_\_

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A	
Apellidos: _____	Nombre: _____
Nivel del próximo curso: _____ Teléfonos de contacto (especificar varios) _____	
Nombre del padre/tutor: _____	
Nombre de la madre/tutora: _____	

PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGERLO DESPUÉS DE COMER	
Nombre y apellidos: _____	DNI _____
Nombre y apellidos: _____	DNI _____
Nombre y apellidos: _____	DNI _____
Nombre y apellidos: _____	DNI _____

Marcar si el alumno/a se va solo/a a casa.

Si es de transporte, marcar lo que corresponda:  Se va en el transporte.

Vienen a recogerlo.

Si es de comedor, marcar hora de recogida (Marcar una opción):

14:00

14:30

15:00

15:30

**DATOS MÉDICOS DE INTERÉS.**

En caso de alergia debidamente demostrada con certificado o informe médico, especifique a qué alimentos:

\_\_\_\_\_

ES OBLIGATORIO ENTREGAR COPIA ACTUALIZADA DEL CERTIFICADO MÉDICO. NO SIRVE EL ENTREGADO EN AÑOS ANTERIORES, PORQUE LA SITUACIÓN PUEDE HABER CAMBIADO.

Si es dieta por motivo religioso marque aquí

Si precisa dieta blanda POR INDISPOSICIÓN TEMPORAL, hay que traer documento médico que lo avale.

En Carrizal (Ingenio), a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_