



COMEDOR ESCOLAR

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

NOMBRE :
APELLIDOS:.....
FECHA DE NACIMIENTO:.....
DOMICILIO DEL ALUMNO/A:.....

DATOS FAMILIARES

RELACIÓN CON EL ALUMNO/A: PADRE MADRE TUTOR/A
NOMBRE:.....
APELLIDOS:.....
DNI:.....
TELEFONO FIJO:.....
MÓVIL:..... OTROS TELÉFONOS CONTACTO

E-MAIL:

DETALLE DEL SERVICIO SOLICITADO (marque con una X los días seleccionados)

1 día / semana	2 días / semana	3 días / semana	4 días / semana	5 días / semana	Días sueltos
32 €	61 €	86 €	107 €	126€	9€
Meses de Diciembre y Enero					
25 €	49 €	72 €	89 €	101€	9€

COMEDOR FECHA COMIENZO

DATOS BANCARIOS DEL PAGADOR DEL SERVICIO:

Cuenta bancaria: **ES**

Grid of 25 boxes for IBAN number, with three boxes filled with black.

Titular de la cuenta:

De conformidad con lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999 de protección de datos, Falkatruadas .le informa que los datos personales facilitados en el presente formulario serán incorporados en un fichero con la finalidad de gestionar, mantener y garantizar el cumplimiento de las actividades del Campamento. Serán tratados de manera automatizada. El remitente da su consentimiento para ser incluido en este fichero y además en el fichero de gestión de los diferentes campamentos y actividades que ofrecemos para obtener toda la información necesaria a los efectos de conseguir la mejor atención posible a los participantes. Si lo desea, puede dirigirse a Falkatruadas ., domiciliada en San Mauro 13 4º A (Pontevedra) con el fin de ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación.

DATOS MÉDICOS

Alergias:
Medicamentos:
Alimentos:
¿Padece alguna afección frecuente?:
¿Tiene algún miedo hacia algo en especial?:

Autorizo a Falkatruadas a efectuar en esta cuenta los cargos correspondientes a los servicios anteriormente detallados.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del tutor