

CENTRO EDUCATIVO:		
Padre/madre D/D^a		DNI
Alumno/a		Curso
Solicito inscribir a mi hijo/a en los siguientes servicios que se señalan, a partir de septiembre de 2024		
SERVICIO COMPLEMENTARIO	PVP	Curso completo
<input type="checkbox"/> COMEDOR ESCOLAR	Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> (9,70 €/Día)	<input type="checkbox"/> (155€)
	PVP	Precio Mes
<input type="checkbox"/> AULA MATINAL	Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> (2,70 €/Día)	<input type="checkbox"/> (32,30€)
Alergia a algún tipo de alimento: (Indispensable presentar informe médico)	Málaga, a ____ de _____ de 20__	
	<i>Firma Padre/Madre:</i>	

Al marcar con una X esta casilla se autoriza a pasar al cobro mediante domiciliación bancaria los recibos correspondientes a las actividades complementarias para las que se firma esta autorización:

- Autorizo el cobro de los servicios complementarios.