



BOS DÍAS COLE CURSO 2018/2019

Nome e apelidos (do neno/a): _____

Data de nacemento: _____ Enderezo: _____ Localidade: _____

Teléfono (1): _____ Teléfono (2): _____

C.E.I.P. SIGÜEIRO OU C.E.I.P.P. DO CAMIÑO INGLÉS

Comezará o día: _____

Modalidade:

MENSUAL CON ALMORZO MENSUAL SEN ALMORZO

DÍAS SOLTOS

INTOLERANCIA E /OU ENFERMIDADE:

O neno/a presenta a seguinte intolerancia ou enfermidade:

_____ Polo que é necesario tomar as seguintes medidas:

_____ (imprescindible presentar informe médico en caso afirmativo)

FORMA DE PAGAMENTO:

Aboamento en conta: _____ € mensuais

ACEPTACIÓN DA ORDENANZA DE PREZOS PÚBLICOS

Don/Dona: _____

con D.N.I.: _____ como pai/nai/titor/titora do solicitante,
ACEPTO a ordenanza reguladora do servizo “Bos Días Cole”.

En Oroso, a _____ de _____ de 20 _____.

Asdo: _____

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR NO REXISTRO MUNICIPAL:

-TARXETA SANITARIA, MANDATO DE DOMICIALIÓN, XUSTIFICANTE DE PAGO DA MATRÍCULA DESTE CURSO 2018/19, INFORME MÉDICO COAS ENFERMIDADES/ INTOLERANCIAS OU ALERXIAS DO/A USUARIO/A A TER EN CONTA POLO MONITORADO E ACREDITACIÓN DE FAMILIA NUMEROSA SE É O CASO.