



BOS DÍAS COLE CURSO 2018/19

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. DO CAMIÑO INGLÉS

Comezará no servizo o día: _____

SINALAR CUN X A MODALIDADE ELEXIDA:

MENSUAL CON ALMORZO MENSUAL SENALMORZO DÍAS SOLTOS

INTOLERANCIA E /OU ENFERMIDADE:

O neno/a presenta a seguinte intolerancia ou enfermidade:

Polo que é necesario tomar as seguintes medidas:

(presentar informe médico se fose o caso de que presenta algunha enfermidade/intolerancia/alergia)

FORMA DE PAGAMENTO:

Aboamento en conta: _____ € mensuais

Renovacións:

Autorizo o Concello de Oroso o cobro mediante domiciliación bancaria de dito servizo neste curso escolar 2018/2019 según mandato de domiciliación do curso anterior SI NON (en caso negativo cubrir mandato de domiciliación)

No caso de irmáns (sendo matrícula nova) de matriculados no curso 2017/18 teñen que presentar mandato de domiciliación xa que non consta do ano anterior.

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:

-TARXETA SANITARIA, MANDATO DE DOMICILIACIÓN, XUSTIFICANTE DE PAGO DA MATRÍCULA DESTA 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.