

SERVIZO DE COMEDOR

SERVIZOS COMPLEMENTARIOS

DATOS DO ALUMNO/A

APELIDOS		NOME	
CURSO		TITOR/A	
TELF.1		TELF.2	
ALERXIAS			

MES DE SETEMBRO

SETEMBRO	SI	NON	DATA DE COMENZO	
----------	----	-----	-----------------	--

RISQUE O QUE PROCEDA (días os que asistirá ó comedor)

LUNS	MARTES	MÉRCORES	XOVES	VENRES

DENDE OUTUBRO A MAIO (AMBOS INCLÚIDOS)

RISQUE O QUE PROCEDA (días os que asistirá ó comedor)

LUNS	MARTES	MÉRCORES	XOVES	VENRES

RISQUE O QUE PROCEDA (meses os que asistirá ó comedor)

OUT	NOV	DEC	XAN	FEB	MAR	ABR	MAI	XU

MES DE XUÑO

XUÑO	SI	NON
------	----	-----

RISQUE O QUE PROCEDA (días aos que asistirá ó comedor)

LUNS	MARTES	MÉRCORES	XOVES	VENRES

DATOS

NOME DA PERSOA QUE REALIZA O CARGO		DNI PAGADOR	
------------------------------------	--	-------------	--

- Solicito a participación do meu fillo/a nas actividades complementarias, extraescolares os servizos complementarios sinalados no presente documento.
- Autorizo que o prezo que corresponda ás actividades e servizos solicitados sexa cargado na miña conta. O pago desta actividade será domiciliado, polo que deberá cubrir o mandato SEPA do banco. Se non o cubriu coa matrícula, pregunte en Secretaría.
- As actividades e servizos complementarios que o Centro ofrece son de carácter voluntario, non lucrativo e non discriminatorio.
- Fun informado/a de que o centro tratará os datos contido no presente Anexo e comunicarllos á empresa coa que subscriba o correspondente contrato de prestación e servizos, para os efectos de prestar a actividade our servizo solicitado.
- LXPD Poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, oposición, así coma outros dereitos desenvueltos no RXPD na dirección C/Cardenal Quevedo 27, 32004 Ourense, ou mandando un correo ao enderezo electrónico administración_dpou@edu.anamogas.org

DON/DONA		DNI	
----------	--	-----	--

NA MIÑA CALIDADE DE PAI/NAI/TITOR DO CITADO

ALUMNO/A	
----------	--

EN OURENSE, A		DE		DE		Sinatura
---------------	--	----	--	----	--	----------

