

CURSO:

MADRUGADORES

COLEGIO:

LOCALIDAD:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO:

CURSO A REALIZAR:

INFANTIL: 1 / 2 / 3 PRIMARIA: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO DEL ALUMNO: _____

LOCALIDAD: _____ C. POSTAL: _____

DATOS PERSONALES DEL TUTOR PRINCIPAL:

RELACIÓN CON EL ALUMNO:

PADRE: MADRE: TUTOR: DNI: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE Y APELLIDOS:

TELÉFONO DE CONTACTO: _____ EMAIL: _____

* Rellenar el siguiente apartado sólo si el domicilio del tutor principal no coincide con el del alumno:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

DATOS PERSONALES DEL SEGUNDO TUTOR: (En caso de que lo tenga)

RELACIÓN CON EL ALUMNO:

PADRE: MADRE: TUTOR: DNI: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE Y APELLIDOS:

TELÉFONO DE CONTACTO: _____ EMAIL: _____

* Rellenar el siguiente apartado sólo si el domicilio del tutor principal no coincide con el del alumno:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

DETALLE DEL SERVICIO DE MADRUGADORES CON DESAYUNO: SI NO

DÍAS: TODOS L M X J V FECHA DE INICIO:

ALERGIA O INTOLERANCIA ALIMENTARIA

SI NO ALIMENTOS: _____

Si el alumno padece una ALERGIA o INTOLERANCIA ALIMENTARIA, es OBLIGATORIO para cada curso, el envío del certificado médico y una foto reciente del alumno a: info@cateringn.com indicando en el asunto del e-mail: REF: ALERGIA+COLEGIO+NOMBRE DEL ALUMNO

DATOS BANCARIOS DEL PAGADOR DEL SERVICIO:

IBAN ENTIDAD SUCURSAL D.C. N°. CUENTA Titular de la cuenta:

SWIFT BIC. (En caso de no conocerlo, dejar en blanco)

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Firma del titular de la cuenta