C.E.I.P. MIGUEL HERNÁNDEZ
ALCALÁ DE HENARES

ASOCIACIÓN DE PADRES DE ALUMNOS: A.P.A.

SOLICITUD DE PLAZA DE DESAYUNO CURSO 20___/___

D./Dª _____ con DNI _____

Teléfonos de contacto: ……..…..

Como padre/madre de los siguiente alumnos:

APELLIDOS Y NOMBRE DEL ALUMNO CURSO

1º_____ _____

2º_____ _____

3º_____ _____

manifiesto el deseo de que mis hijos utilicen el servicio "Los primeros de la clase" en horario de 7:00 h. a 9:00 h. (que incluye la atención durante ese tiempo, el desayuno y el traslado al aula correspondiente) durante el curso 20___/___.

Forma de pago:

1.- Ingreso en la cuenta bancaria del APA	
2.- Domiciliación bancaria en la siguiente cuenta:	

CÓDIGO CUENTA CLIENTE

ENTIDAD				OFICINA				D.C.		NÚMERO DE CUENTA									

Autorizo el pago, con cargo a mi cuenta, de los recibos de desayuno presentados por el AMPA del CEIP Miguel Hernández de Alcalá de Henares.

Alcalá de Henares a _____ de _____ de _____

Firma del padre o la madre