



HORARIO AMPLIADO DE COMEDOR SEPTIEMBRE

El AMPA del colegio ha gestionado la ampliación del horario de comedor, durante el mes de **SEPTIEMBRE**, de 15 a 16 h., para los padres que lo necesitáis.

Si estáis interesados, por favor rellenad el formulario y entregadlo en **Secretaría**, o enviadnos un **mail** a nuestro correo ampacervantesalcala@gmail.com, o en la sede del AMPA (miércoles de 17 a 19h)

El coste del servicio por niño, será de **30€ para SOCIOS** y **35€ para NO SOCIOS**. Para que sea viable, necesitamos formar un grupo de al menos, **9 alumnos**.

La forma de pago será por **transferencia bancaria** al número de cuenta de **CAN 2054 1204 14 9159028539** (oficina más cercana Vía Complutense, 43), o en efectivo en la sede del AMPA, en el horario habitual.

El justificante del ingreso nos lo podéis hacer llegar por mail, en la sede del AMPA o en Secretaría.

En **NINGÚN CASO** se podrá realizar el pago en **SECRETARÍA**.

La fecha límite para solicitar el servicio será el **una semana antes** del inicio del curso escolar.

Si no nos ponemos en contacto con vosotros es que el servicio comienza, sin novedad el **primer día de clase de septiembre**

La organización se reserva el derecho de **denegar** el servicio a los niños que no estén al corriente de pago en la citada fecha.

Si necesitáis el servicio por días sueltos, el coste será de **4€/niño y día**

Necesitamos el resguardo firmado para tener regulada la presencia de los niños en el centro, a efectos de **SEGUROS**, por lo que es **IMPRESINDIBLE** que nos lo entreguéis firmado antes del comienzo del servicio

D. _____, padre /madre /tutor legal de
los _____ alumnos (nombre y curso) _____

estoy interesado en que mis hijos / tutelados se beneficien del servicio de ampliación horaria del comedor durante el mes de **septiembre** (de **15:00 a 16:00** horas).

Teléfono Fijo: _____ Teléfono Móvil: _____

E-mail: _____

Firma: _____

