

SOLICITUD DEVOLUCIÓN PARTE PROPORCIONAL RECIBO DE COMEDOR

NOMBRE ALUMNO:	CURSO:
FECHA DE LA AUSENCIA: Del ____ al ____ de _____ de 20__ (ambos inclusive)	

Motivo de la solicitud de devolución (marcar con una X)

- Confinamiento de aula** (devolución del 100% por los días de confinamiento). Marcar esta casilla solo en el caso de que no se haya hecho la devolución automática por parte del Colegio.
- Confinamiento externo al centro*:**
 - Igual o inferior a 7 días (devolución del 40%).
 - Superior a 7 días (devolución del 100% los tres primeros días y del 40% los siguientes).
- Enfermedad diferente a COVID.** Ausencia superior a 4 días consecutivos (devolución del 40%)

*Los casos de confinamiento a nivel particular deben haber sido informados previamente en Secretaría.

- Marcar esta casilla si desea que la devolución se haga en la misma cuenta donde se pasan los recibos.**

En San Sebastián de los Reyes, a ____ de _____ de 20__

Fdo: _____
(indicar nombre y apellidos)