

SOLICITUD “AULA DE MEDIODÍA”

Dº./Dª. _____ con DNI, _____

y domicilio en _____

como madre/padre o tutor/a legal del/de la alumno/a:

1. Alumno/a: _____ Curso: _____

2. Alumno/a: _____ Curso: _____

3. Alumno/a: _____ Curso: _____

4. Alumno/a: _____ Curso: _____

Solicita a la entidad **CUIDAR-T SALUD ALS S.L** presten el servicio de *Aula de Mediodía* entre los siguientes horarios:

14:00 a 15:00 14:00 a 15:30

En las siguientes opciones:

Mensual Semanas a determinar Días a determinar

Condiciones del servicio

- El taller de mediodía es un periodo de tiempo entre la salida del horario escolar y la recogida familiar donde se podrá realizar actividades de carácter lúdico adaptadas a las edades del alumnado.
- No se permitirá el consumo de ningún tipo de alimento para evitar incidencias en los controles alimenticios de los menores o cualquier tipo de contingencia por ello. No es un sustitutivo del comedor escolar, solo un acompañamiento hasta la recogida de los tutores del menor.
- Existe la posibilidad de dos horarios: de 14:00 a 15:00 o de 14:00 a 15:30
- Flexibilidad de la familia en la elección entre varias opciones, así como ajuste de importes para más de un miembro de la misma unidad familiar, según el siguiente cuadro:

OPCIÓN DE 14:00-15:00	DÍA	SEM	MES
Alumno/a	2,35€	10€	25€
Hermano/a	2,00€	7,5€	19€

OPCIÓN DE 14:00-15:30	DÍA	SEM	MES
Alumno/a	3,52€	15€	40€
Hermano/a	3,00€	11,25€	29€

- Cualquier variación en cuanto a la prestación del servicio solicitado deberá ser comunicado
 - Para solicitar el servicio de una semana completa debería ser comunicado antes del viernes de la inmediatamente anterior.
 - Para solicitar un día o días sueltos al menos deberán realizarse con una antelación de 24 horas.
 - Para darse de baja al menos con una antelación de una semana para cuadrar horarios.
- La comunicación se puede realizar en:
 - Teléfono móvil/WhatsApp: 652 65 94 94
 - Correo electrónico: aulacentroeuropa@cuidartsalud.es
- Forma de pago: Mediante recibo girado (Autorización anexa)

Personas de contacto para cualquier incidencia en el servicio:

NOMBRE:	TELÉFONO:

Autorización de domiciliación bancaria

AUTORIZO a la empresa CUIDAR-T SALUD ALS S.L. para que realice el cargo correspondiente del “Aula del Mediodía” del curso 2024-2025, en mi cuenta corriente con número:

E	S			/					/					/					/					/				
---	---	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo el presente documento,

En Córdoba a _____, de _____ de 2024

Firmado: _____ (padre, madre o tutor/a legal)