



MEMORIA

DATOS DA ENTIDADE SOLICITANTE

RAZÓN SOCIAL NIF

CENTRO ESCOLAR DE QUE DEPENDE

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN

NOME/RAZÓN SOCIAL PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

EN CALIDADE DE

COMEDOR ESCOLAR

1. Data de apertura ou curso en que se comezou a prestar o servizo de comedor escolar:

2. Carácter continuado do servizo

a. Durante o curso 2019/20 o servizo de comidas ao mediodía realízase desde o mes de ata o mes de

b. Durante o curso 2019/20 o servizo de comida ao mediodía realízase:

Todos os días da semana

Ou os:

Luns Martes Mércores Xoves Venres

3. Nivel educativo do alumnado usuario do comedor escolar

Tipo de usuario	Educación infantil	Educación primaria	Educación secundaria
Fixos (5 días/semana)			
Descontinuos (4 días/semana)			
Descontinuos (3 días/semana)			
Descontinuos (2 días/semana)			
Descontinuos (1 día/semana)			
Eventuais (días soltos)			

4. Modalidade de prestación do servizo

1. Nas instalacións do centro educativo

a. Mediante persoal laboral contratado directamente pola entidade solicitante

b. Mediante a contratación total ou parcial ou a encomenda integral realizada con entidades, empresas ou autónomos

2. En local público ou hostaleiro próximo ao centro escolar

No caso de marcar as opcións 1.b. ou 2. deste número 4, deberá cubrir a seguir o nome e o NIF das entidades, empresas ou autónomos con que se contratou ou encomendou ou do local público ou hostaleiro a que se desprazan os alumnos, e xuntar coa solicitude a documentación dos contratos asinados coas entidades prestadoras dos servizos de comedor, vixilancia, programa de saúde. No caso de federacións ou confederacións, se a contratación dos servizos se realizou con diferentes empresas, dependendo dos centros educativos incluídos na solicitude, deberá indicar no cadro do nome os centros educativos contratados con cada empresa.

NOME	NIF



PROGRAMA DE PROMOCIÓN DA SAÚDE E HABILIDADES PERSOAIS

O programa desenvólvese durante o período da comida ao mediodía ou o inmediato posterior.

1. Entidade organizadora do programa:

NIF da entidade:

2. Actividades que se desenvolven:

	A actividade realízase todos os días	A actividade realízase un día ao mes	Outra frecuencia (ex. 2 veces á semana, 2 veces ao mes, unha vez ao trimestre, etc.)
Cepillado bucodental	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Conferencia sobre hábitos alimentarios saudables	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Obradoiro de alimentos	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Posta en práctica de hábitos relacionados coas normas básicas de educación na mesa	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Charlas e actividades de fomento de actitudes de respecto e cooperación	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	

3. Persoal encargado do desenvolvemento das actividades relacionadas no punto anterior:

Titulación/cualificación	Número

4. Uso da lingua galega durante o desenvolvemento do Programa de promoción da saúde e habilidades persoais:

SI NON

SINATURA DA PERSOA REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de