



DÍA	MES	AÑO

RELEVAMIENTO DE SERVICIOS

Escuela N°	Dirección	Departamento	
Nombre Maestro/a Director/a		Céd. de Identidad	Celular de contacto

Indicar con una cruz el tipo de servicio que corresponda

Comedor común			Comedor especial		Internados	Tiempo Completo	Colonias	Copa de leche	Tiempo Extendido
U	R	J	E	J.A					

Ed. Media	
Secundaria	Tec. Prof.

Indique la cantidad de comensales en desayunos, almuerzos, meriendas y cenas que brinda:

- 1 CEIP estudiantes hasta 6^{to.} inclus.
- 2 CEIP estudiantes 7^{mo.} 8^{vo.} /9^{no.}
- 3 CEIP adultos
- 4 Estudiantes Ed. Media
- 5 Adultos Ed. Media

DESAYUNOS	ALMUERZOS	MERIENDAS	CENAS

Indicar con X si el servicio es Tercerizado.

Bandejas	Granel	Cocinando

VISA/BROU	
SI	NO

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma Maestro/a Director/a

Firma Inspector/a de Zona

SELLO

SELLO