

ESCOLA LOLA ANGLADA INSCRIPCIÓ SERVEI MENJADOR CURS 2018-2019

1er COGNOM		2º COGNOM		NOM	
CURS	GRUP				
ADREÇA		Num	Bloc / Pis	CODI POSTAL	Població
NOM MARE		NOM PARE			
TELÈFON MÒBIL MARE		TELÈFON MÒBIL PARE		TELÈFON FIXE	
ALTRES TELÈFONS DE CONTACTE		(Telèfon, nom i parentesc)			
DADES BANCARIAS PER LA DOMICILIACIÓ DEL PAGAMENT					
TITULAR DEL COMPTE					
Autoritzo a LA VOSTRA CUINA, S.L. a carregar els imports del Servei de Menjador a:					
NOM CAIXA O BANC					
COMPTE	ES _ _ _ _ _				

SIGNATURA

DATA INSCRIPCIÓ: Sant Quirze del Vallès a d del 20

Data Inici Servei Menjador: / /						
Modalitat	fixe 5 dies	fixe 4 dies	fixe 3 dies	fixe 2 dies	fixe 1 dia	Esporàdic
Dies de la setmana	DLL	DM	DMX	DJ	DV	

* Marqueu la modalitat i els dies de la setmana que farà ús del Servei de Menjador.

Farà ús del Servei de Picnic el dies de sortides escolars programades per a tota la jornada?

Picnic	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
---------------	--------------------------	--------------------------

* Marqueu l'opció

(Els alumnes fixos que **no** facin ús del Servei se'ls descomptarà l'import total del menú)

DADES DE SALUT :

En el cas afirmatiu en dades de salut i/o alimentaries posar-vos en contacte amb el /la Coordinador/a.

L'alumne presenta algun tipus de necessitat educativa específica? SI NO

Descriure al·lèrgies i/o intolerància i/o malalties cròniques que pugui patir:

Quins són els aliments que no pot menjar segons aquest motiu? _____

Ha de prendre alguna medicació al migdia? _____

Nom de la medicació: _____

Hora: _____

Dosi: _____

***cal adjuntar recepta i la prescripció mèdica**

***cal Certificat medic on hi hagi constància de l'al·lèrgia o intolerància i Protocol d'actuació en cas d'ingesta accidental del aliment.**

AUTORITZACIONS:

***Marcar amb una creu.**

- PARTICIPACIÓ** Autoritzo el/la meu/va fill/a a participar en totes les activitats que es realitzin durant el temps de migdia a l'Escola.
- MARXAR SOL A CASA** Autoritzo el/la meu/va fill/a marxar sol a casa un cop finalitzat l'activitat extraescolar assenyalada (alumnes 4t -5è -6è)
- FOTOGRAFIES** Autoritzo els/les monitores/es de Menjador a poder fer fotografies on aparegui la imatge del meu fill/a i després poder publicar-les en els mitjans audiovisuals de l'AMPA i/o Escola
- ATENCIÓ MÈDICA** Autoritzo totes les decisions medicoquirúrgiques que calgui adoptar, en el cas d'extrema gravetat, sota la direcció facultativa corresponent
- MEDICAMENTS** Autoritzo els/les monitors/es de Menjador a subministrar els medicaments en les dosis i temps que s'escaiguin sempre i quan porti adjunta la informació, el medicament i la recepta mèdica.

SIGNATURA

Sant Quirze del Vallès , a d..... de 201....