

ESCOLA L'ARENAL DE LLEVANT

FITXA D'INSCRIPCIÓ AL MENJADOR I TEMPS DE MIGDIA

NOM I COGNOMS DE L'ALUMNE: _____

DATA DE NAIXEMENT: _____ CURS: _____

TELÈFONS DE CONTACTE

NOM	PARENTESC	TELÈFON	CORREU @ (EN MAJÚSCULES)

TIPUS D'INSCRIPCIÓ:

FIX (CAL MARCAR ELS DIES)

DILLUNS

DIMARTS

DIMECRES

DIJOUS

DIVENDRES

ESPORÀDIC

A partir del dia _____

AUTORITZACIONS:

- En/Na _____ amb DNI n° _____ com a mare, pare, o tutor legal, autoritzo al meu fill/a, tutelat/da a assistir al servei de menjador (menjador i temps de migdia) acceptant les normes establertes pel seu funcionament. Fa extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fossin necessàries adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa pertinent. En el cas de que el protocol de trucades establert per l'escola no rebi resposta, o es valori que el temps d'arribada del familiar pot suposar un risc per la salut de l'infant autoritzo també a efectuar un trasllat al centre de salut.
- SI - NO autoritzo a la publicació d'imatges del meu fill/a, tutelat/da. Totes les imatges seran respectuoses amb els nens/es, en les activitats diàries en el temps de migdia en el centre. Aquestes imatges poden ser utilitzades per a la pàgina web de l'escola, AMPA i Closques
- De conformitat amb la Llei orgànica 15/1999 del 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, s'informa que les dades complimentades en el present formulari, seran tractades i formaran part d'un fitxer propietat de Closques s.e.l.l., sl., als efectes de la gestió del servei de menjador i temps de migdia de l'escola.

DADES BANCÀRIES

NOM DEL TITULAR: _____

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Per a què així consti signo el present document a Barcelona, _____ de/d' _____ del _____

Signatura

→→→Pàgina següent

INFORMACIÓ SANITÀRIA BÀSICA

ÉS AL·LÈRGIC A ALGUN ALIMENT?

Si

No

A QUIN? _____

ÉS INTOLERANT A ALGUN ALIMENT?

Si

No

A QUIN? _____

ÉS AL·LÈRGIC A ALGUN MEDICAMENT?

Si

No

A QUIN? _____

PREN ALGUNA MEDICACIÓ?

Si

No

QUINA? _____

ALTRES : _____

SI DURANT L'HORARI DE MENJADOR S'HA D'ADMINISTRAR ALGUN MEDICAMENT AL NEN /A , HAURÀ DE PORTAR L'AUTORITZACIÓ CORRESPONENT DELS PARES O TUTOR(S)/ES I LA RECEPTE DEL METGE INDICANT LA DOSIS I L'HORA D'ADMINISTRACIÓ.

EXPLIQUEU-NOS TOT ALLÒ QUE CONSIDEREU QUE HEM DE SABER:

ELS NENS/ES QUE PATEIXIN ALGUNA AL·LÈRGIA I/O INTOLERÀNCIA DE TIPUS ALIMENTARI O D'ALGUN MEDICAMENT, HAN DE PORTAR OBLIGATÒRIAMENT EL CERTIFICAT PERTINENT DEL SEU METGE AMB ANTEL·LACIÓ O NO SE'LS ADMINISTRARÀ UN MENJAR DIFERENT AL DE LA RESTA DE NENS.