



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 ELECTRÒNIC (en majúscules)

TIPUS D'INSCRIPCIÓ:

FIX DILLUNS DIMARTS DIMECRES DIJOUS DIVENDRES

ESPÒRÀDIC

A partir del dia _____

AUTORITZACIONS:

- En/Na _____ amb DNI nº _____ 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 medico-quirúrgiques 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 seran utilitzades per a la pàgina web de l'escola, AMPA i empreses del temps de migdia (Closques i Cuina Justa).
- 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 propietats de Fundació Cassià-Cuina justa i de Closques Serveis Educatius i de Lleure, sl, als efectes de la gestió del servei de menjador i temps de migdia de l'escola L'Arenal de Llevant.

DADES BANCÀRIES

NOM DEL TITULAR: _____

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

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

Signatura



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? _____

TÉ ALGUNA MALALTIA O NEE ?

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 TUTORS/ES I LA RECEPTEA DEL METGE INDICANT LA DOSIS I L'HORA D'ADMINISTRACIÓ.

EXPLIQUE-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.