

FULL D'INSCRIPCIÓ I CONFIRMACIÓ DADES MENJADOR ESCOLA TERESA CLARAMUNT

DATA DE COMENÇAMENT	
NOM DE L'ALUMNE/A:	
CURS QUE FARÀ:	DATA NAIXEMENT:
ADREÇA:	
CODI POSTAL:	POBLACIÓ:
TELÈFON MÒBIL/ FEINA(MARE)	
TELÈFON MÒBIL/ FEINA (PARE)	
CORREU ELECTRÒNIC	
NOM DE LA MARE	
NOM DEL PARE	

Dilluns ☐ Dimarts ☐ Dimecres ☐ Dijous ☐ Divendres ☐ Tots els dies ☐

Esporàdic (tiquet) ☐

OBSERVACIONS:.....

.....

DADES BANCÀRIES:

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

És molt important omplir tots els dígits per evitar possibles devolucions de rebuts. La comissió per despeses de devolució de rebut bancari és de 3 €. Cal signar el full segons exigències de la Llei de Serveis de Pagament 16/2009

SIGNATURA:

Els informem que les seves dades són utilitzades únicament amb la finalitat de procedir a la facturació del servei contractat. Estem legitimats al tractament per la relació professional que mantenim. Les dades es conservaran mentre duri la relació professional i es compleixin els terminis legals de conservació. Vostè podrà exercitar, en qualsevol moment, els seus drets d'accés, rectificació, supressió i portabilitat de les seves dades, i la limitació o oposició al seu tractament així com sol·licitar més informació sobre el tractament de les seves dades, mitjançant escrit dirigit a el domicili social de la nostra societat, LA VOSTRA CUINA, S.L. en secretaria@vostracuina.com i / o davant l'autoritat de control competent.

DADES DE SALUT

Descriure al·lèrgies, intolerància, malalties cròniques

.....

.....

.....

.....

.....

Si l'alumne presenta algun tipus de necessitat educativa específica, informeu-lo a la coordinadora.

*Cal incloure el certificat mèdic on hi hagi constància de l'al·lèrgia, intolerància.

La família ha portat el INFORME MÈDIC on consten les intoleràncies o al·lèrgies.

SI	
----	--

NO	
----	--

*Cal adjuntar recepta i la prescripció mèdica.

- Quins són els aliments que no pot menjar

.....

- Ha de prendre alguna medicació al migdia.....

- Nom de la medicació: Hora:.....

AUTORITZACIONS: *Marqueu amb una creu.

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 Empresa. ☐

Autoritzo totes les decisions medicoquirúrgiques que calgui adoptar, en el cas d'extrema gravetat, sota la direcció facultativa corresponent. ☐

Autoritzo a la coordinadora 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

Sabadell, ... d.....de 20.....

LA VOSTRA CUINA, S.L.

Avda. Egara,50 - 08192 Sant Quirze del Vallès

Telf.937212000 info@vostracuina.com www.vostracuina.com