

FOTO

NOM DEL CENTRE:

Cognoms:

Nom:

Curs :

Tutor/a:

Adreça :

Tel.

Correu electrònic:

Nom del pare :

Tel. treball i Mòbil

/

Nom de la mare:

Tel. treball i Mòbil

/

Tel. en cas d'urgències:

Nom:

Parentesc:

Al·lèrgies (en cas afirmatiu
adjuntar certificat mèdic i la fitxa
corresponent complementada):

Altres Observacions:

(informació important individual
i/o familiar del vostre fill/a;
adjuntar còpia de sentències
legals, dictàmens mèdics, etc..)

Dia d'inici del servei: _____

Usuari de menjador

dilluns

dimarts

dimecres

dijous

divendres

--	--	--	--	--

Autorització

En/Na _____

pare/mare/tutor de _____

amb DNI _____ autoritzo al personal del servei de menjador, contractat per Cuina Gestió a :

- En cas d'urgència mèdica, traslladar el meu fill/a a un centre hospitalari adequat per tal de rebre l'atenció mèdica corresponent.

☐

SI AUTORITZO

NO AUTORITZO

- A participar a les fotografies que es facin durant el temps de menjador i la seva exposició posterior amb la finalitat de publicar-les a la Web i publicacions comercials i xarxes socials de Cuina Gestió, així com a Facebook, Flickr, etc.

☐

SI AUTORITZO

NO AUTORITZO

Així mateix, he rebut, llegit i accepto la normativa referent al servei de menjador escolar.

Localitat, data i signatura: