



Escola
Joaquim
Blume
Rda. Bellesguard,
35
08203 Sabadell
93 710 15 04



La Vostra Cuina
MENJADOR, VALORS I LLEURE



LA VOSTRA CUINA, S.L.
Avda. Egara, 50
08192 - Sant Quirze del Vallès
Barcelona
Tel. 93 7212000



AMPABLUME

ESCOLA JOAQUIM BLUME

INSCRIPCIÓ SERVEI MENJADOR

1er COGNOM		2º COGNOM		NOM	
CURS	GRUP				
ADREÇA		Num	Bloc / Pis	CODI POSTAL	Població
NOM MARE		NIF		NOM PARE	
TELÈFON MÒBIL MARE		TELÈFON MÒBIL PARE		TELÈFON FIXE	
ALTRES TELÈFONS DE CONTACTE (Telèfon, nom i parentesc)					
DADES BANCÀRIES PER LA DOMICILIACIÓ DEL PAGAMENT					
TITULAR DEL COMPTE				DNI/CIF	
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: Sabadell, d del 20

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

Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres

Marqueu amb una creu el servei

Tots els dies	
Esporàdic	

Per qualsevol aclariment per omplir el full, podeu passar-vos pel despatx, la coordinadora atendrà tots els vostres dubtes.

DADES DE SALUT :

L'alumne presenta algun tipus de necessitat educativa específica?

SI

NO

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

Descriure al·lèrgies, intolerància, malalties cròniques

*Cal incloure el certificat mèdic on hi hagi constància de l'al·lèrgia, intolerància i Protocol d'actuació en cas d'ingesta accidental de l'aliment.

La família ha portat el **CERTIFICAT MÈDIC** on consta les intoleràncies o al·lèrgies ?

SI

NO

La família ha portat el **PROTOCOL D'ACTUACIÓ** en cas d'ingesta accidental de l'aliment ?

SI

NO

*Cal adjuntar recepta i la prescripció mèdica

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

Ha de prendre alguna medicació al migdia? _____

Nom de la medicació: _____

Hora: _____

Dosi: _____

AUTORITZACIONS:

***Marqueu 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.
- ☐ **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. (**si tota la documentació demanada anteriorment està correcte**)
- ☐ **MARXAR SOL A CASA** Autoritzo el/la meu/va fill/a marxar sol a casa un cop finalitzat l'activitat extraescolar assenyalada (alumnes 3è- 4t -5è -6è). **Haureu de passar pel despatx i firmar una autorització especial.**

SIGNATURA

Sabadell, d..... de 202....

CATERING VOSTRA CUINA, S.L. és responsable del tractament de dades amb conformitat a les normatives vigents de protecció de dades personals Reglament (UE) 2016/679 de 27 d'abril de 2016 (gdpr) i Llei Orgànica (es 15/1999 de 13 de Desembre (LPD) i Reial Decret ES1720/2007 de 21 de Desembre (RDLOPD)

CATERING VOSTRA CUINA, S.L.
Avda. Egara,50 - 08192 Sant Quirze del Vallès Telf.937212000 info@vostracuina.com www.vostracuina.com