



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



La Vostra Cuina
MENJADOR, VALORS I LLEURE



AMPABLUME

ESCOLA JOAQUIM BLUME INSCRIPCIÓ SERVEI MENJADOR CURS 2026-27

1er COGNOM		2º COGNOM		NOM	
CURS	GRUP				
ADREÇA		Núm	Bloc / Pis	CODI POSTAL	Població
NOM TUTOR LEGAL					NIF
TELÈFON MÒBIL		TELÈFON MÒBIL		TELÈFON FIXE	
ALTRES TELÈFONS DE CONTACTE		(Telèfon, nom i parentesc)		E.mail.	

MARQUEU LA FORMA DE
PAGAMENT DESITJADA:



Pagament per avançat per transferència
- ES22 0081 0073 1400 0122 6726



Pagament en metàl·lic, agraïrem portar l'import
exacte.



Pagament per rebut domiciliat, recordeu que es girarà un rebut els primers dies del mes, i que l'import és per mes avançat, omplint les dades bancàries,

DADES BANCÀRIES PER LA DOMICILIACIÓ DEL PAGAMENT

TITULAR DEL COMPTA		DNI/CIF
Autoritzo a Catering VOSTRA CUINA, S.L. a carregar els imports del Servei de Menjador a:		
NOM CAIXA O BANC		
COMPTA	ES _ _ _ _ _	

Us informem que només pot estar associat un pagament (en efectiu o número de compte) per alumne.

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 els dies del servei:

Tots els dies	
Esporàdic	

Marqueu el menú desitjat:



Sense carn



Halal



sense llet



vegetarià



Basal



sense ou



sense gluten

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 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, la recepta mèdica i la autorització específica. (**si tota la documentació demanada anteriorment està correcte**)

SIGNATURA

Nom : CIF

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

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, CÀTERING VOSTRA CUINA, S.L., en secretaria@vostracuina.com i / o davant l'autoritat de control competent.