



Escola Mitja Costa
 av. Terra Nostra, s/n
 08110 Montcada i Reixac
 935642872



ESCOLA MITJA COSTA

CURS 2023-2024

INSCRIPCIÓ SERVEI MENJADOR

DATA DE COMENÇAMENT:					
NOM		1 COGNOM		2 COGNOM	
CURS	GRUP				
ADREÇA		Num	Bloc / Pis	CODI POSTAL	POBLACIÓ
NOM MARE		NIF		NOM PARE	
				NIF	
TELÈFON MÒBIL MARE		TELÈFON MÒBIL PARE		TELÈFON FIXE	
ALTRES TELÈFONS DE CONTACTE		(Telèfon, nom i parentesc)		E-MAIL	

DADES BANCÀRIES	
TITULAR DEL COMPTE	
NOM CAIXA O BANC	
COMPTE	ES _ _ _ _ _

Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres

Marqueu amb una creu el servei

Tots els dies	
Esporàdic	

DATA INSCRIPCIÓ: **Montcada i Reixac**, a de..... de 20__

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 CATERING VOSTRA CUINA SL en secretaria@vostracuina.com i / o davant l'autoritat de control competent

DADES DE SALUT :

L'alumne presenta algun tipus de necessitat SI NO

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

Descriure al·lèrgies, intolerància, malalties cròniques

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

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.
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 demandada anteriorment està correcte**)
- MEDICAMENTS**
- 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

Montcada i Reixac, d..... de 202....

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

CATERING VOSTRA CUINA, S.L.

Avda. Egara,50 - 08192 Sant Quirze del Vallès Telf.937212000 info@vostracuina.com www.vostracuina.com