



La Vostra Cuina

MENJADOR, VALORS I LLEURE



ESCOLA RAMON LLULL INSCRIPCIÓ SERVEI MENJADOR CURS 2023-2024

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.
-----------------------------	----------------------------	---------

Recordeu que es girarà un rebut els primers dies del mes, i que l'import és per mes avançat.

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 _ _ _ _ _
--------	--------------

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

SIGNATURA

--

DATA INSCRIPCIÓ: Rubí, d de 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 atindrà tots els vostres dubtes.

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 i Protocol d'actuació en cas d'ingesta accidental de l'aliment.

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

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

*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.

- 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 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. (**si tota la documentació demanada anteriorment està correcte**)

SIGNATURA

Rubí, d..... de 20.....

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.