

ESCOLA RAMON LLULL

FULL D'INSCRIPCIÓ D'EXTRAESCOLAR

NOM DE L' ACTIVITAT DESITJADA		Nº soci AMPA:	
	Es fa una inscripció per activitat extraescolar		

Dades de l'infant

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

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 COMPTA		DNI/CIF	
Autoritzo a Catering vostra cuina, S.L. a carregar els imports del Servei d' Extraescolars a:			
NOM CAIXA O BANC			
COMPTE	ES _ _ _ _ _		

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

SIGNATURA

--

DATA INSCRIPCIÓ: Rubí, d del 20

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 ?

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.

☐ **FOTOGRAFIES** Autoritzo els/les monitores/es de Extraescolars 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)

☐ Que l'infant pugi marxar sol cap a casa en finalitzar l'horari de extraescolar

☐ En el cas que passin a recollir l'infant, especificar les persones que estan autoritzades.

Nom i Cognoms	Parentiu	DNI

SIGNATURA

Rubí, d..... de 20.....

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)