

Us agraïrem que actualitzeu les vostres dades i ens retorneu aquest document al més aviat possible. Si us plau, ompliu totes les dades amb lletra clara. Moltes gràcies.

NOM i COGNOMS DE L'ALUMNE /A _____

DOCUMENT D'IDENTITAT DE L'ALUMNE/A (DNI/NIE /PASS) _____

Núm. TARGETA SANITÀRIA (exemple KAL01170302001) _____

CURS ACTUAL _____ **NOM MARE** _____ **NOM PARE** _____

ADREÇA i POBLACIÓ _____

TELÈFON/S MÒBIL - MARE _____ / _____

TELÈFON MÒBIL - PARE _____ / _____

TELÈFONS ADDICIONALS (anotar de qui són) _____ (.....)

CORREU ELECTRÒNIC on enviar els comunicats de l'escola. **ESCRIURE SI US PLAU EN LLETRA CLARA tant les lletres com símbols i números.**

1r (principal) _____ @ _____

2n(addicional) _____ @ _____

EN DATA D'AVUI AUTORITZO A L'ESCOLA A UTILITZAR EL MEU CORREU ELECTRÒNIC PER ENVIAR INFORMACIONS. **SÍ** **NO**

EL MEU FILL/FILLA PATEIX AL·LÈRGIA A: (si és el cas, especificar quina)

CAP (no té al·lèrgies) **SÍ, té al·lèrgia a:** _____

EL MEU FILL/FILLA PATEIX INTOLERÀNCIA ALIMENTÀRIA A: (especificar quina)

CAP (no té intoleràncies) **SÍ, té intolerància a** _____

ESPECIFICAR ALTRES OBSERVACIONS MÈDIQUES _____

LA INFORMACIÓ SANITÀRIA FACILITADA TINDRÀ VALIDESA DURANT TOTA L'ETAPA ESCOLAR DE L'ALUMNE/A AL CENTRE. QUALSEVOL CANVI EN LES DADES CALDRÀ COMUNICAR-HO A L'ESCOLA MITJANÇANT CERTIFICAT MÈDIC.

AUTORITZO A L'ESCOLA A INFORMAR-NOS PER WHATSAPP SOBRE QÜESTIONS URGENTS **SÍ** **NO**

..... Sta. Margarida Montbui de de
Signat - DNI/NIE