

1. CENTRE ESCOLAR

NOM

LOCALITAT

2. DADES DE L'ALUMNE

PRIMER COGNOM

SEGON COGNOM

NOM

SEXE:

HOME

DONA

CARRER

Nº

PIS

LLETRA

TELÈFON FIX

TELÈFON MÒBIL

PROVÍNCIA

CODI POSTAL

LOCALITAT

2.1 ESTUDIS PELS QUALS SOL·LICITA LA PLAÇA

ETAPA:

ED. INFANTIL
ED. PRIMÀRIA
E.S.O.

CURS:

<input type="checkbox"/>	1º
<input type="checkbox"/>	2º
<input type="checkbox"/>	3º
<input type="checkbox"/>	4º

<input type="checkbox"/>	1º
<input type="checkbox"/>	2º
<input type="checkbox"/>	3º
<input type="checkbox"/>	4º

<input type="checkbox"/>	1º
<input type="checkbox"/>	2º
<input type="checkbox"/>	3º
<input type="checkbox"/>	4º

<input type="checkbox"/>	1º
<input type="checkbox"/>	2º
<input type="checkbox"/>	3º
<input type="checkbox"/>	4º

<input type="checkbox"/>	1º
<input type="checkbox"/>	2º
<input type="checkbox"/>	3º
<input type="checkbox"/>	4º

<input type="checkbox"/>	1º
<input type="checkbox"/>	2º
<input type="checkbox"/>	3º
<input type="checkbox"/>	4º

<input type="checkbox"/>	1º
<input type="checkbox"/>	2º
<input type="checkbox"/>	3º
<input type="checkbox"/>	4º

<input type="checkbox"/>	1º
<input type="checkbox"/>	2º
<input type="checkbox"/>	3º
<input type="checkbox"/>	4º

<input type="checkbox"/>	1º
<input type="checkbox"/>	2º
<input type="checkbox"/>	3º
<input type="checkbox"/>	4º

<input type="checkbox"/>	1º
<input type="checkbox"/>	2º
<input type="checkbox"/>	3º
<input type="checkbox"/>	4º

0

2.2 AL·LÈRGIES

EN EL CAS QUE EL MENOR TINGUI ALGUN TIPUS D'AL·LÈRGIA, INTOLERÀNCIA O SIMILAR, S'HAURÀ DE FACILITAR LA DOCUMENTACIÓ ACREDITATIVA AI CENTRE ESCOLAR

2.3 NECESSITATS DE LA PRESTACIÓ DEL SERVEI:

DIES D'ASSISTÈNCIA MENJADOR:

- TOTS ELS DIES LECTIUS (USUARI HABITUAL)

- DIES ESPORÀDICS:

di.

dt.

dc.

dj.

dv.

- DIES ESPORÀDICS: (HABITUAL DISCONTINU)

- DIES ESPERIFICS:

(USUARI ESPORÀDIC)

ADJUNTAR PRESCRIPCIÓ MÈDICA OBLIGATÒRIAMENT

DATA COMENÇAMENT D'ASSISTÈNCIA: _____

DATA FINALITZACIÓ D'ASSISTÈNCIA: _____

3. DADES FAMILIARS

PRIMER COGNOM MARE/TUTORA

SEGON COGNOM MARE/TUTORA

NOM MARE/TUTORA

DNINIE

PRIMER COGNOM PARE/TUTOR

SEGON COGNOM PARE/TUTOR

NOM PARE/TUTOR

DNINIE

CORREU ELECTRÒNIC (EMAIL):

4. AUTORITZO QUE ELS REBUTS DEL MENJADOR SIGUIN CARRREGATS EN EL SEGÜENT COMPTE:

NÚMERO DE COMPTE:

IBAN

TITULAR COMPTE:

DNINIE

PAGAMENT:

Pagament recurrent

Pagament únic

Tots els camps han de ser emplenats obligatòriament.

Una vegada signada aquesta ordre de domiciliació ha de ser enviada al creditor perquè en segueu custodis

5. PROTECCIÓ D'USOS DE LES DADES

El responsable del tractament és Comertel S.A.U, amb domicili al carrer Aribau 200-210, 08036 Barcelona. La finalitat per a la qual farem servir les dades facilitades és la gestió del pagament dels serveis contractats. La nostra base de legitimitació per a això és l'execució del contracte. Conservarem les dades personals durant el temps necessari per a la realització de les finalitats per a les quals van ser recollides. Vostè podrà exercir els drets d'accés, rectificació, limitació al tractament, portabilitat, cancel·lació i oposició al tractament dirigit-se a l'adreça indicada o mitjançant protecciondedatos@aramark.es En cas que necessiti més informació sobre les seves dades personals pot consultar en el següent link <https://www.elautodecrecer.es/Políticas/Gestioncobropadres.pdf> Mitjançant la signatura d'aquesta ordre de domiciliació, el deutor autoritza (A) al creditor a enviar instruccions a l'entitat del deutor per carregar el seu compte i (B) a l'entitat per a efectuar els càrrecs al seu compte seguint les instruccions del creditor. Com a part dels seus drets, el deutor està legitimat al reemborsament per la seva entitat en els termes i condicions del contracte subscrit amb la mateixa. La sol·licitud de reemborsament s'ha d'efectuar dins de les vuit setmanes que sequeixen a la data de càrrec en compte. Podeu obtenir informació adicional sobre els seus drets en la seva entitat financera.

Signatura (pare,mare,tutor/a i, si escau, la persona que figura en l'apartat 3)

A _____ a _____ de _____ de 20__