

# Fitxa d'Inscripció al Menjador

ESCOLA JOSEP MARIA DE SAGARRA

Curs

24/25

Nom i cognoms

Curs

Data naixement

Té germans/es a l'escola?

Si

No

Adreça

C.P.

Població

Tel. Principal

Nom del pare

Telèfon

Nom de la mare

Telèfon

Altres telèfons on trucar  
en cas d'urgència

Telèfon

Pertany a

Telèfon

Pertany a

E-mail

TOTAL DIES:

DILL

DIM

DIME

DIJ

DIV

DATA D'INICI:

\_\_\_/\_\_\_/20\_\_

La tria del menú per part de les famílies es fa amb el compromís de **ser fixe al servei de menjador durant tot el curs escolar.**

Menús que s'ofereixen des del menjador de l'escola, per necessitat d'intolerància alimentària o en funció de raons culturals, marqueu una opció. ✘

MENÚ BASAL

MENÚ OVOLACTOVEGETARIÀ

MENÚ BASAL (Carn Halal)

MENÚ D'AL·LÈRGIES

En el cas de les dietes mèdiques, cal adjuntar un informe mèdic que certifiqui l'al·lèrgia, la intolerància o el règim especial.

Dades personals de  
l'alumne

Ús del  
servei

Menús

**Dades de salut**

Pateix alguna malaltia? (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques, etc...)

.....  
.....

Ha de prendre alguna medicació en horari de migdia de forma habitual?

Si  No

En cas de contestar que **SI**, cal emplenar el "full d'autorització de medicaments" que us lliuraran a l'escola.

OBSERVACIONS (Indiqueu aquí aquells aspectes del vostre fill/a que calgui informar i que cal que sapiguem)

.....  
.....

**Dades bancàries**

Nom del/a titular..... NIF.....

Número de compte-IBAN

Aquestes dades s'utilitzaran per carregar mensualment els rebuts del servei de menjador durant aquest curs.

**Autoritzacions**

**ÚS D'IMATGE, PUBLICACIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL I DE MATERIAL QUE ELABOREN:** al llarg del servei de menjador es realitzen fotografies i/o vídeo. La signatura d'aquest document autoritza que la imatge del/la menor a qui representa pugui aparèixer en fotografies o vídeos corresponents a les activitats organitzades per l'espai migdia ( treballs manuals, danses, tallers...) amb finalitats divulgatives i/o informatives a les xarxes socials.

En cas de NO estar-hi d'acord cal fer-ho constar expressament aquí: Si  No

**PARACETAMOL:** administrar paracetamol al meu fill/a (prèvia trucada), en cas de presentar febre superior a 38°C de temperatura corporal mentre s'espera l'arribada d'algun familiar que el pugui portar a casa.

Aquestes autoritzacions tindran vigència durant tot el temps que l'alumne estigui en horari del servei de menjador. La família podrà anar actualitzant les dades sempre que ho cregui convenient.

En/na..... amb DNI.....com a pare, mare o tutor/a d'en/na.....es declara coneixedor de les condicions del servei de menjador, acceptant-les mitjançant l'acte d'aquesta signatura i autoritza l'ús de les dades facilitades en aquest document.

....., a ..... de/d' .....de 20.....

SIGNATURA del pare/mare/tutor/a