

Direcció: Rambla de Pompeu Fabra, 74, 08100 Mollet del Vallès,
Barcelona

Telèfon: 633 15 83 38



Escola Cal Músic



CURS 2019-2020
INSCRIPCIÓ SERVEI MENJADOR

DATA DE COMENÇAMENT:

NOM		1 COGNOM		2 COGNOM	
CURS	GRUP				
ADREÇA		Num	Bloc / Pis	CODI POSTAL	POBLACIÓ
NOM MARE			NOM PARE		
TELÈFON MÒBIL MARE		TELÈFON MÒBIL PARE		TELÈFON FIXE	
ALTRES TELÈFONS DE CONTACTE		(Telèfon, nom i parentesc)		E-MAIL	

DADES BANCÀRIES

TITULAR DEL COMPTE	
NOM CAIXA O BANC	
COMPTE	<u>ES</u> _____

Es molt important omplir tots els dígit (24) per evitar possibles devolucions de rebuts. La comissió per despeses de devolució de rebut bancari és de 3€. Cal signar el full segons exigències de la Llei de Serveis de Pagament 16/2009.

Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres

Marqueu amb una creu el servei

Tots els dies	
----------------------	--

Esporàdic	
------------------	--

DATA INSCRIPCIÓ: Mollet del Vallès, a de..... de 20.....

SIGNATURA

--

INFORMACIÓ PROTECCIÓ DE DADES: Responsable LA VOSTRA CUINA, S.L. B-58742057. Li informem que les seves dades poden ser incorporades a les nostres bases de dades amb la finalitat de mantenir relacions professionals que seran conservades mentre mantingui la relació. Si ho desitja, pot exercir el seu dret a accedir, rectificar i suprimir les seves dades dirigint-se al correu secretaria@vostracuina.com
LA VOSTRA CUINA, S.L. està subjecta a la normativa vigents de protecció de dades personals, del Reglament (UE) 2016/679 de 27 d'Abril de 2016 (GDPR), la Llei Orgànica (ES) 15/1999 de 13 de Desembre (LOPD) i Reial Decret (ES) 1720/2007 de 21 de Desembre (RDLOPD).

L'alumne presenta algun tipus de necessitat educativa específica?	SI		NO
---	----	--	----

En el cas afirmatiu en dades de salut i/o alimentàries posar-vos en contacte amb el /la Coordinador/a.

Descriure al·lèrgies, intolerància, malalties cròniques

***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 **CERTIFICAT MÈDIC** on consta 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.**

- PARTICIPACIÓ** Autoritzo el/la meu/va fill/a a participar en totes les activitats que es realitzin durant el temps de migdia a l'Escola.
- 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 els/les monitors/es de Menjador 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**)
- MARXAR SOL A CASA** Autoritzo el/la meu/va fill/a marxar sol a casa un cop finalitzat l'activitat extraescolar assenyalada (alumnes 3è- 4t -5è -6è). **Haureu de passar pel despatx i firmar una autorització especial.**

SIGNATURA

DATA INSCRIPCIÓ: **Mollet del Vallès**, a de 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)