

FULL D'INSCRIPCIÓ AL MENJADOR

(Obligatori per tots els usuaris de menjador **FIXOS** i **ESPORÀDICS**)

COGNOMS:	FOTO
NOM	
CURS TUTOR/A	
ADREÇA	
TELF. CORREU ELECTRÒNIC	
NOM DEL PARE TELF TREBALL I MÒBIL	
NOM DE LA MARE TELF TREBALL I MÒBIL	
TELF EN CAS D'URGÈNCIES NOM PARENTESC	
OBSERVACIONS / AL·LÈRGIES (EN CAS AFIRMATIU ADJUNTAR CERTIFICAT MÈDIC I LA FITXA CORRESPONENT:	
DATA D'INICI DEL SERVEI	

	Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres	ESPORÀDIC
Usuari d' Acollida els dies:						
Usuari de menjador dies:						

Autorització:

En/Na: _____

pare/mare/tutor del/la alumne/a: _____

amb DNI _____ autoritzo al personal del servei de menjador, contractat per Àgora Col·lectivitats a:

Administrar medicació al meu fill/a, només quan es presenti fotocòpia de la recepta mèdica amb data i dosi.

En cas d'urgència mèdica, traslladar el meu fill/a, a un centre hospitalari adequat per tal de rebre l'atenció mèdica corresponent.

A participar al meu fill/a en les fotografies que es facin durant el temps de menjador i la seva exposició posterior

<input type="checkbox"/>	SI AUTORITZO
<input type="checkbox"/>	NO AUTORITZO

Així mateix, he rebut, llegit i accepto la normativa referent al servei de menjador.

Signatura: Localitat i data:

SERVEI MENJADOR

FITXA D'INFORMACIÓ SANITÀRIA

CURS GRUP

NOM	1r COGNOM	2n COGNOM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADREÇA	POBLACIÓ	C.POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Núm Targeta Seguretat Social	<input type="text"/>
Mútua i Núm Targeta Mútua	<input type="text"/>

CAL ADJUNTAR FOTOCÒPIA TARGETA SANITÀRIA

NOM DEL PARE	TELÈFON FIXE / MÒBIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOM DE LA MARE	TELÈFON FIXE / MÒBIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>

És al·lèrgic o intolerant a algun aliment?

SI Cal adjuntar informe mèdic.

NO