

INSCRIPCIÓ MENJADOR ESCOLAR
Curs 2015-2016

Dades alumne/a				
NOM I COGNOMS :				
DATA DE NAIXEMENT:	CURS:			
Dades familiars				
Nom del familiar o tutor legal:				
Adreça:				
Telèfon de contacte:	e-mail:			
Dades pagament				
Entitat bancària de pagament:				
Nom del titular del número de compte:				
Número de compte (IBAN):				
Dies d'assistència al menjador				
Dilluns <input type="checkbox"/>	Dimarts <input type="checkbox"/>	Dimecres <input type="checkbox"/>	Dijous <input type="checkbox"/>	Divendres <input type="checkbox"/>

Preu del menú diari per àpat: 5,5€ (en el cas que es quede un germà/na)
 6€ (tres o més dies setmanals)
 6,5€ (menys de tres dies setmanals)

Observacions alimentàries (al·lèrgies...):

Administració de medicaments:

Per poder administrar medicació als alumnes cal que el pare, mare o tutor/a legal aporte una recepta o informe del metge o metegessa on conste el nom de l'alumne(a, la pauta i el nom del medicament que ha de prendre.

Així mateix, el pare, mare o tutor/a legal ha d'aportar un escrit on es demane i s'autoritze al personal del menjador que administre al fill o filla la medicació prescrita, sempre que siga imprescindible la seua administració en horari lectiu.

Els medicaments han d'estar dins del seu envàs original, degudament identificats amb el nom de l'alumne/a.

En/Na.....amb

D.N.I..... i com a responsable de l'alumne/a.....

- AUTORITZO
AL PERSONAL DEL MENJADOR ESCOLAR A TRASLLADAR
- NO AUTORITZO

..... en vehicle particular al meu fill/a en cas de necessitat mèdica

- AUTORITZO
A LA FUNDACIÓ ULLDECONA A FER FOTOGRAFIES
- NO AUTORITZO

..... del meu fill/a amb finalitat didàctica, decorativa de l'espai de menjador així com per publicar-les a la web de la Fundació Ulldecona.

- AUTORITZO
A LA FUNDACIÓ ULLDECONA A FACILITAR EL TELÈFON
- NO AUTORITZO

.....de contacte del familiar referent a l'escola "Ramon y Cajal".

- AUTORITZO
A LA FUNDACIÓ ULLDECONA A L'ADMINISTRACIÓ
- NO AUTORITZO

.....de medicaments del meu fill/a.

Data i signatura