

## Full d'inscripció SERVEI DE MENJADOR

### DADES PERSONALS

Nom .....

Cognoms .....

Curs .....

Nom mare ..... Telèfon .....

Nom pare ..... Telèfon .....

Altres familiars ..... Telèfon .....

E-mail .....

E-mail .....

### DADES BANCÀRIES *(NOMÉS SI LES DADES SÓN NOVES)*

Nom del deutor/a ..... NIF .....

Número de compte (IBAN) .....

Com a mare/pare/tutor vull inscriure el meu fill/filla al servei de menjador.

#### IMPORTANT:

- El cobrament es passarà entre el dia 2 i 4 de cada mes (possibilitat del dia 11, si així ens ho feu saber abans del dia 20 del mes anterior). Si es retorna algun rebut del banc, s'hauran d'abonar les despeses bancàries, a més del mateix rebut en efectiu a la secretaria de l'AFA, durant el mes vigent.
- Si algun/a alumne/a es vol donar de baixa del servei de menjador, ho haurà de comunicar amb **10 dies d'antelació**.
- L'impagament de dos rebuts implicarà ser donat de baixa automàticament dels serveis oferts per l'AFA. La gestió del pagament d'aquests rebuts s'externalitzarà a través d'un despatx d'advocats i, per tant, tots els costos de la gestió vindran a càrrec del deutor.
- Es descomptaran els dies no utilitzats quan siguin tres o més seguits, i sempre que s'avisí l'AFA abans o durant d'absència.
- Als alumnes de P3 se'ls cobrarà al rebut del mes de setembre la quantitat de 12€ en concepte de bugaderia, llençolet i llitets.

Signatura pare/mare/tutor

Barcelona, ..... de ..... de 201.....

NOM I COGNOMS ..... CURS .....  
DATA DE NAIXEMENT .....

- El vostre fill/a pateix algun tipus d'al·lèrgia o intolerància?  
 NO  SÍ  
Quina?  
 Al·lèrgia o intolerància alimentària a: .....  
 Al·lèrgia als següents medicaments: .....  
 Altres al·lèrgies (pol·len, pols...) a: .....
- Pateix alguna malaltia crònica (asma, atacs epilèptics, diabeti ...)?  
 NO  SÍ  
Quina?.....
- Ha patit alguna lesió important (muscular, òssia, tendons, lligaments...)?  
 NO  SÍ  
Quina?.....
- Ha de prendre algun tipus de medicació, prescrita pel metge de forma continuada dins l'horari escolar?  
 NO  SÍ  
Quina? .....  
Per què? .....  
Quina dosi? .....

#### Recordeu que:

- Per al subministrament de qualsevol tipus de medicament heu de portar la recepta mèdica.
- Si el nen/a pateix alguna malaltia crònica, al·lèrgia o intolerància, heu de portar un certificat mèdic que justifiqui, si és el cas, quin tipus d'activitat física està contraindicada, o quins aliments estan contraindicats. Les dades que ens comuniquen són confidencials. Si en un **termini de 30 dies** no ens heu fet arribar el justificant mèdic el nen/a rebrà el menú estàndard i tant l'AFA com l'empresa proveïdora del servei de menjador quedaran eximides de qualsevol responsabilitat.
- Quan hi hagi alguna variació en la informació que ens heu proporcionat cal que ho comuniqueu a l'AFA i a la Direcció de l'Escola.

Jo ..... com a pare/mare/tutor legal, autoritzo l'administració dels medicaments que consten en aquesta fitxa al meu fill/a ..... i em comprometo a comunicar qualsevol variació en la informació que us he proporcionat.

Signatura pare/mare/tutor

Barcelona, ..... de ..... de 201.....

*Observació: Les variacions a la dieta es faran al més aviat possible sense alterar el funcionament del menjador.*