



## ESCOLA LOLA ANGLADA

### INSCRIPCIÓ AL SERVEI DE MENJADOR 2021-2022

Enviar al Coordinador: [lolaanglada@vostracuina.com](mailto:lolaanglada@vostracuina.com)

1er COGNOM	2on COGNOM	NOM
------------	------------	-----

CURS	GRUP
------	------

ADREÇA	Num	Bloc / Pis	CODI POSTAL	Població
--------	-----	------------	-------------	----------

NOM MARE	NOM PARE
----------	----------

TELÈFON MÒBIL MARE	TELÈFON MÒBIL PARE	TELÈFON FIXE
--------------------	--------------------	--------------

CORREUS ELECTRÒNICS DE CONTACTE
---------------------------------

#### DADES BANCARIAS PER LA DOMICILIACIÓ DEL PAGAMENT

TITULAR DEL COMPTE	DNI/CIF
--------------------	---------

Autoritzo a LA VOSTRA CUINA, S.L. a carregar els imports del Servei de Menjador a:

NOM CAIXA O BANC
------------------

IBAN	ES _ _ _ _ _
------	--------------

SIGNATURA

--

DATA INSCRIPCIÓ: Sant Quirze del Vallès a..... d..... del 202.....

\* Marqueu la modalitat i els dies de la setmana que farà ús del Servei de Menjador.

Data d'inici al menjador:                    /                    /						
Patró de dies	fixe 5 dies	fixe 4 dies	fixe 3 dies	fixe 2 dies	fixe 1 dia	Esporàdic

Dies de la setmana	DLL	DM	DX	DJ	DV

Farà ús del servei de Pícnic el dies de sortides escolars programades per a tota la jornada?

\* Marqueu l'opció

SI		NO	
----	--	----	--

(Els alumnes fixes que **NO** facin ús del servei de pícnic se'ls hi descomptarà l'import total del menú)

Per a qualsevol aclariment relacionada amb el servei de menjador, podeu enviar un email a [lolaanglada@vostracuina.com](mailto:lolaanglada@vostracuina.com) ; el Coordinador (Fran Morata) atindrà tots els vostres dubtes.

ESCOLA LOLA ANGLADA - Carrer de la Segarra, s/n 08192 Sant Quirze del Vallès - 937 21 26 77

# DADES DE SALUT

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

En el cas afirmatiu en dades de salut i/o alimentaries posar-vos en contacte amb el Coordinador (Fran).

## Descripció d'al·lèrgies, intoleràncies o malalties cròniques:

### \*Cal incloure el certificat medic 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 hi constin 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 algun medicament al migdia? \_\_\_\_\_

Nom del medicament: \_\_\_\_\_

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'AFA i/o Escola

**ATENCIÓ MÈDICA** Autoritzo totes les decisions medicoquirúrgiques que calgui adoptar, en el cas d'extrema gravetat, sota la direcció facultativa corresponent.

**MEDICAMENT** Autoritzo els/les monitors/es de Menjador a subministrar els medicaments en les dosis i temps que s'escaiguin sempre i quan porti adjunta l'autorització, el medicament i la recepta mèdica **(si tota la documentació demandada anteriorment està correcte)**.

**MARXAR SOL A CASA** Autoritzo el/la meu/va fill/a marxar sol a casa un cop finalitzat el menjador o l'activitat extraescolar. **En cas afirmatiu, caldrà comunicar-ho al Coordinador i signar l'autorització.**

SIGNATURA

\_\_\_\_\_

Sant Quirze del Vallès , a ..... d..... de 202....

Es informem que les seves dades són utilitzades únicament amb la finalitat de procedir a la facturació del servei contractat. Estem legitimat al tractament per la relació professional que mantenim. Les dades es conservaran mentre duri la relació professional i es compleixin els terminis legals de conservació. Vostè podrà exercitar, en qualsevol moment, els seus drets d'accés, rectificació, supressió i portabilitat de les seves dades, i la limitació o oposició al seu tractament així com sol·licitar més informació sobre el tractament de les seves dades, mitjançant escrit dirigit a el domicili social de la nostra societat, LA VOSTRA CUINA, SL en secretaria@vostracuina.com i / o davant l'autoritat de control competent.

**ESCOLA LOLA ANGLADA C/ Segarra, s/n 08192 Sant Quirze del Vallès 937 21 26 77**

LA VOSTRA CUINA, S.L. NIF B-58742057 Reg.Sanitari: 2612437/B  
Avda. Egara,50 - 08192 Sant Quirze del Vallès Telf.937212000 info@vostracuina.com www.vostracuina.com