

ESCOLA LOLA ANGLADA

INSCRIPCIÓ AL SERVEI DE MENJADOR 2025-2026

Enviar al Coordinador, Fran Morata: 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 BANCÀRIES PER A 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 ENTITAT		
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: / /						
Quants dies fixes a la setmana l'apuntem?	fix 1 dia	fixos 2 dies	fixos 3 dies	fixos 4 dies	fixos 5 dies	Esporàdic
Quins dies?	DLL	DM	DX	DJ	DV	

Farà ús del servei de PÍCNIC (entrepans) els dies de sortides escolars programades per a tota la jornada?

* Marqueu l'opció:

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

Els alumnes fixos 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 correu electrònic a: lolaanglada@vostracuina.com.

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 X):

☐

☐ **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.

☐

☐ **IMATGES**

Autoritzo els/les monitores/es de Menjador a poder fer fotografies i vídeos 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.

☐

☐ **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 l'autorització, 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 el menjador o l'activitat extraescolar. **En cas afirmatiu, caldrà comunicar-ho al Coordinador i signar l'autorització formal.**

SIGNATURA

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

Els informem que les seves dades són utilitzades únicament amb la finalitat de procedir a la facturació del servei contractat. Estem legitimats 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 lolaanglada@vostracuina.com www.vostracuina.com