

FITXA D'INSCRIPCIÓ MENJADOR ESCOLAR - ESCOLA BERNAT METGE

Es prega omplir amb lletra d'impremta i tornar-la el més aviat possible

Nom i cognom de l'Alumne/a			Curs
Data Naixement	Carrer, plaça, avinguda	número	Escala i pis
Població		Telèfon 1r	Telèfon 2n
Nom i cognoms del pare/tutor		Nom i cognoms mare/tutora	

Farà ús del servei en la modalitat de:	Fixe	Fixe discontinu	Encerclar els dies que farà ús del servei				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DLL	DM	DX	DJ	DV
Comença el dia _____							
Si l'alumne serà fixe al servei de menjador, voldrà PIC-NIC per les sortides de l'escola?	SI	NO					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

OBSERVACIONS

Aliments que no pot prendre per prescripció mèdica amb el corresponent certificat:

.....

Al·lèrgies o malalties a destacar:

.....

Dades bancàries per domiciliació del rebut:

IBAN (4 xifres),	Entitat oficina - DC (10 xifres)	Núm. Compte (10 xifres)



NOTA: El pagament de l'import de l'activitat de temps del migdia-menjador es cobrarà mensualment i es farà domiciliat per BANC SABADELL el dia 5 de cada mes. Les despeses per devolució del rebut, sigui la causa que sigui i no imputable a ELA, SL anirà a càrrec de les famílies. Cal adjuntar fotocòpia de la targeta sanitària del nen/a que s'inscriu, així com també una fotografia de carnet, fotocòpia de la llibreta del banc i fotocòpia del DNI del pare/mare/tutor.

Entenem que amb el lliurament d'aquest full degudament signat, els pares han llegit el full de benvinguda i per tant estan d'acord i ho accepten. Tota la informació té una validesa d'un cycle escolar, en cas de modificació s'ha d'avisar a coordinació.

El Prat de Llobregat, a _____ de _____ del _____

Signatura Pares / Tutors

Autoritzo sota la meua responsabilitat, al monitoratge del servei de menjador de Serveis ELA Gava, S.L, a poder oferir atenció sanitària de primers auxilis, transport privat sanitari i així mateix, a prendre les decisions que facin falta en cas d'urgència. Faig extensiva aquesta autorització a les decisions mèdico-quirúrgiques que siguin necessàries adoptar, en cas d'extrema gravetat, sota la direcció facultativa pertinent. i a comunicar-me-les tan aviat com sigui possible.

Signant la persona que tingui la guàrdia i custòdia d'aquest alumne menor d'edat.

Signo (nom/cognom i DNI)

L'administració de ELA, S.L. els demana l'autorització per poder utilitzar la imatge del seu fill/a, per la creació o actualització de la web que el centre organitzi en els que l'alumne/a estigui desenvolupant activitats escolars de menjador, complementàries i extraescolars.

Signant la persona que tingui la guàrdia i custòdia d'aquest alumne menor d'edat.

Signo (nom/cognom i DNI)

Les dades personals dels signats, queden incorporats als fitxers de Serveis ELA Gava, amb domicili plaça Catalunya, 2 08850 Gavà (Barcelona) que tenen com finalitat el seguiment de la sol·licitud, així com la correcta tarificació de la mateixa. Les dades es conservaran fins que sol·licitin baixa d'aquest servei. Els titulars de les dades podran exercir els drets d'accés, segons regula el tractament en la LOPD (La Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal) I POSTERIORIS MODIFICACIONS, per a la seva rectificació, oposició i cancel·lació dirigint-se per escrit al domicili dels responsables del tractament.