



ELA, SL

Plaça Catalunya 2, 1er 3era · 08850 · Gavà · Tel. i Fax: 93 662 52 64 · Mòbil: 670 93 12 51 · www.ela.cat · info@ela.cat

MENJADOR ESCOLAR

FITXA D'INSCRIPCIÓ

ESCOLA M.D. ROCIO

CURS-2015-2016

foto

DADES

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

Cognoms: _____

Adreça: _____ núm _____ pis _____ Població: _____

Telèfon _____ Mòbil o altre telèfon de contacte _____

Data de naixement _____ Curs: _____

Correu electrònic: _____

Malalties relacionades amb l'alimentació, reaccions i mesures a prendre:

_____ Celíacs

_____ No lactosa

_____ No ou

_____ No fruits secs

_____ No proteïna de la vaca

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

SERVEI DE MENJADOR

Fixe

Esporàdic

(Fixe: 3 o més dies setmanals)

Dies de la setmana _____ dill _____ dm _____ dc _____ dj _____ dv

Té germans al centre? SI NO Curs _____

Data que comença a fer ús del servei: _____

Fotocòpia de la targeta de la Seguretat Social _____

RENÚNCIA AL PICNIC X:

SI

NO

DADES DE LA DOMICILIACIÓ BANCÀRIA

Nom de la Entitat Bancària.....

Domicili de la Entitat Bancària.....

Número de Compte:

ENTITAT	OFICINA	D.C.	COMPTE

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 dos cursos escolars, en cas de modificació durant el curs o d'un curs per l'altre s'ha d'avisar a coordinació.

_____ a _____ de _____ del _____



ELA, SL

Plaça Catalunya 2, 1er 3era · 08850 · Gavà · Tel. i Fax: 93 662 52 64 · Mòbil: 670 93 12 51 · www.ela.cat · info@ela.cat

AUTORITZACIÓ ATENCIÓ SANITÀRIA

Autoritzo sota la meva responsabilitat, al monitoratge del servei de menjador de Serveis ELA Gavà, 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 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)_____

AUTORITZACIÓ IMATGE

La direcció d'aquest centre 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 Gavà, 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) per a la seva rectificació, oposició i cancel·lació dirigint-se per escrit al domicili dels responsables del tractament.

Escola M.D. Rocio, ____ de _____ de 20

Signatura