

INSCRIPCIÓ SERVEI MENJADOR CURS 2018 -2019

1 COGNOM		2 COGNOM		NOM	
CURS	GRUP				
ADREÇA		Num	Bloc / Pis	CODI POSTAL	POBLACIÓ
NOM MARE		NOM PARE			
TELÈFON MÒBIL MARE		TELÈFON MÒBIL PARE		TELÈFON FIXE	
ALTRES TELÈFONS DE CONTACTE		(Telèfon, nom i parentesc)		E-MAIL	
TITULAR DEL COMPTE					
NOM CAIXA O BANC					
COMPTE	ES _____				

NOTA: Omplir tots els dígits (24) per evitar problemes de devolucions.

Marqueu l'opció	fixe 5 dies	fixe 4 dies	fixe 3 dies	fixe 2 dies	Esporàdic
	Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres

DATA INSCRIPCIÓ: Sant Cugat del Vallès, a de..... de 2018

SIGNATURA

DADES DE SALUT

Descriure al·lèrgies o malalties cròniques que pugui patir el nen o nena:

Ha de prendre alguna medicació al migdia? _____

Nom de la medicació: _____

Hora: _____

Dosi: _____

***recordeu adjuntar recepta i la prescripció mèdica**

Jo _____ amb DNI _____

pare, mare o tutor de l'alumne _____

autoritzo el servei de menjador a administrar la medicació més amunt indicada.

Exclusiu P3. A casa pren el iogurt natural amb mel, amb sucre o sense sucre?

Mel

Sucrer

Sense sucre

Observacions:

SIGNATURA:

Sant Cugat del Vallès, a de..... de 2018

