



MENJADOR INSTITUT 4 CANTONS 2018/2019

AQUESTA FITXA NO S'ACCEPTARÀ AMB DADES INCOMPLERTES

DADES DE L'ALUMNE/A

1R COGNOM		2N COGNOM	
NOM		CURS	
DATA DE NAIXEMENT		EDAT	
ADREÇA			
POBLACIÓ		CODI POSTAL	
NOM DE LA MARE		DNI	
NOM DEL PARE		DNI	
CORREU ELECTRÒNIC			

DADES DE CONTACTE

Nom:	Parentesc:	Telèfon:

DADES DEL SERVEI QUE VOL REALITZAR

Marqueu amb una X l'opció que escolliu:

USUARI FIX	
USUARI ESPORÀDIC	

DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES

FORMA DE PAGAMENT (no s'acceptaran fitxes sense informar IBAN)

NOM DEL TITULAR		DNI	
Número de Compte IBAN			
E	S		

Codi SWIFT /BIC

Mitjançant la signatura d'aquesta ordre de domiciliació, el deutor autoritza Servei d'Àpats S.L, el creditor, a enviar instruccions a l'entitat del deutor per carregar al seu compte i a l'entitat per efectuar els càrrecs en el seu compte seguint les instruccions del creditor. Com a part dels seus drets, el deutor està legitimat a reemborsament per la seva entitat en els termes i condicions del contracte subscrit amb la mateixa. La sol·licitud de reemborsament s'efectuarà dins de les vuit setmanes que segueixen a la data de càrrec en compte. Pot obtenir informació addicional sobre els seus drets a la seva entitat financera.

***Nota: No s'acceptaran pagaments de rebuts amb diners en efectiu al centre, l'empresa SERVEI D'APATS, S.L. no es farà responsable dels diners entregats al personal de l'escola.**



****Nota: L'empresa podrà posar a disposició dels usuaris/es altres mètodes de pagament en el cas d'incidències amb el rebut domiciliat. Aquests mètodes podran tenir un cost addicional de fins 6,50 € fixes per despeses de gestió per rebut unitari. Així mateix, l'entitat bancària es reserva el dret d'afegir un cost addicional per l'ús d'aquestes alternatives.**

INFORMACIÓ SOBRE L'ALUMNE/A

Pateix alguna al·lèrgia?	SI*		
	NO		QUINA?
Pateix alguna intolerància?	SI*		
	NO		QUINA?
Pateix alguna malaltia?	SI*		
	NO		QUINA?
Pren medicació?	SI**		
	NO		QUINA?
Té dificultats per menjar?	SI		
	NO		QUINA?

***En el cas de patir alguna al·lèrgia/intolerància/malaltia caldrà adjuntar l'informe mèdic corresponent.**

****En el cas de prendre medicació caldrà adjuntar l'informe mèdic i la recepta del medicament, així com el medicament en sí.**

CONFORMITAT I AUTORITZACIONS

En/Na
Amb DNI
Autoritzo al meu fill/a

Assistir al servei de menjador i participar de les activitats programades sota les condicions d'inscripció establertes un cop fet el pagament, tot acceptant la normativa del servei	SI
	NO
En cas que no es localitzi a cap familiar a traslladar a l'infant a un centre de salut si fos necessari	SI
	NO
Publicar i exhibir imatges del seu fill/a durant el servei de menjador i activitats en la web i blog d'empresa i del menjador	SI
	NO
Publicar i exhibir imatges del seu fill/a durant el servei de menjador i activitats en les xarxes socials de l'empresa i del menjador	SI
	NO
Conec la normativa del menjador i em comprometo a complir-la per garantir el bon funcionament del servei.	SI
	NO

En compliment de la Llei Orgànica 15/99, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, li indiquem que les dades personals que vostè ens facilita de manera voluntària, seran incorporades a la base de dades de la nostra empresa.

DATA I SIGNATURA