**Fitxa d’inscripció servei de menjador Institut 4 Cantons 2020-2021**

***PER PODER SER USUARI DEL MENJADOR CAL ENVIAR AQUESTA FITXA DEGUDAMENT EMPLENADA AL MAIL: menjador4cantons@alimentart.com***

**Nom i cognoms nen/a:** ................................................................. ...............

**Data de naixement:**  ......./......../.......

***(Marqueu amb un número l’ordre de prioritat per poder-vos trucar)***

|  |
| --- |
|  |

**Domicili:**..............................................................................................**Telèfon:**............................................................

|  |
| --- |
|  |

**Nom Pare:** .........................................................................................**Telf. Treball:** ....................................................

|  |
| --- |
|  |

**Nom Mare:** ........................................................................................**Telf. Treball:** .....................................................

|  |
| --- |
|  |

**Altres (avis, tiets...)**.........................................................................**Telf. de contacte:**.............................................

*Marqueu amb una X els dies que fareu us del servei de menjador:*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DILLUNS | DIMARTS | DIMECRES | DIJOUS | DIVENDRES | TOTS |
|  |  |  |  |  |  |

*Ordre de Domiciliació de Càrrec Directe Sepa Core*

**NOM DEL TITULAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Número de Compte IBAN** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Codi SWIFT /BIC**

Mitjançant la signatura d’aquesta ordre de domiciliació, el deutor autoritza Servei d’Apats 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 aquesta. 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.

**Autorització**

# En/na\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_amb DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_com a pare, mare, tutor/a. Autoritzo al meu fill/a, tutelat/da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a ser usuari fixo del servei de menjador del casal de l’escola Josefina Ibañez gestionat per l’empresa AlimentArt, així com a prendre qualsevol decisió medicoquirúrgica, en cas de necessitat, sota la direcció facultativa pertinent.

# En el cas que el protocol de trucades establert pel casal no es rebi resposta, o es valori que el temps d’arribada del familiar pot suposar un risc per la salut de l’infant autoritzo també a efectuar un trasllat al Centre de salut necessari.

#

 **SI NO** faig extensiva aquesta autorització, en cas que durant l’activitat, s’enregistri imatges de l’usuari. Renuncio els drets sobre la imatge i els atorgo a l’empresa per a poder ser utilitzada en qualsevol mitjà de difusió audiovisual propi. 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.

# Perquè consti signo el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020

# Signatura (pare, mare, tutor/a)

**DADES MÈDIQUES:**

**Pateix o ha patit alguna malaltia, quina/és?**............................................................................................................................

**Al·lèrgia a algun mèdicament? quin?**..................................................**Tipus de reacció?**..........................................................

**Al·lèrgies alimentàries, quines?**...........................................................**Tipus de reacció?**..........................................................

**Altres al·lèrgies, quines?**......................................................................**Tipus de reacció?**...........................................................

**Intoleràncies alimentàries, quines?**.....................................................**Tipus de reacció?**..........................................................

**Controla els esfínters?**........................................... **Ha patit o pateix convulsions febrils?**.......................................................

**Pren alguna medicació? Per a:** ....................................................**Nom:**.............................................**Dosis:** .............................

***(En cas que s’hagi d’administrar durant el menjador cal omplir l’autorització)***

**Té dificultats per menjar, quines? (si hi ha aliments en concret que li costen molt també es poden especificar):**................................................................................................................................................................................

***CAL ADJUNTAR L’INFORME MÈDIC***

**AUTORITZACIÓ SORTIDES DEL MENJADOR**

**Els usuaris que es troben durant el servei del menjador que han de marxar sols, només ho podrà fer amb la següent autorització signada i a partir de les 15:30, hora en què finalitza el servei de menjador.**

**En/na**............................................**amb DNI. núm**............................................**com a pare/mare o tutor/a legal de l’infant** ...................................................................................... **del curs de** ............................................**autoritzo al meu fill/a a marxar sol del servei de menjador .**

**En el cas que un usuari del menjador sigui recollit per un familiar menor d’edat o altres persones, com tiets, avis, amics, cuidadores... s’haurà d’emplenar l’apartat següent assegurant que l’autoritzeu a recollir al vostre fill/a.**

**En/na**............................................**amb DNI. núm**............................................**com a pare/mare o tutor/a legal de l’infant** ...................................................................................... **del curs de** ............................................**autoritzo a les persones esmentades a sota amb els corresponents DNI a recollir el meu fill/a del servei de menjador.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** | **DNI** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Signatura del pare, Mare, Tutor/a

**AUTORITZACIÓ MÈDICAMENTS**

**Informem que no podrem administrar cap medicament sense la prescripció mèdica i aquesta autorització del pare, mare o tutor/a legal ben omplerta i signada**

**En/na**..........................................................................................................................**amb DNI. núm.:** ............................................

**com a pare/mare o tutor/a legal de l’infant** ................................................................................................................**autoritzo l'equip de monitors/ores del servei de menjador de l’escola Josefina ibañez a administrar la següent medicació seguint aquestes observacions:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MEDICAMENT | DOSI | HORARI |
|  |  |  |
|  |  |  |
| OBSERVACIONS |

Signatura del pare, Mare, Tutor/a