Servei d'acollida i menjador

# FITXA DE DADES BÀSIQUES ALUMNES

*(IMPORTANT cal emplenar un full per alumne)*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nom i cognoms alumne<br>Curs escolar 2018-2019 | | | | | |
| Telèfons d'urgència/ horari | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Dies que es quedarà a dinar<br>*Marqueu amb una creu els dies de la setmana que fareu servir el menjador.*<br>***En cas que no es quedi algun dia cal que aviseu abans de les 9:00*** | Dilluns | Dimarts | Dimecres | Dijous | Divendres |
| | | | | | |
| Intolerància alguns aliments, medicaments o al·lèrgies.<br>*Si no en té cap, cal també que ho especifiqueu.*<br>*Per tal que us puguem fer un menú especial ens cal la ***** certificació mèdica que acrediti aquesta al·lèrgia o intolerància per escrit. Els menús especials no tenen cap cost addicional per a les famílies.* | Té intolerància a alguns aliments, medicaments o al·lèrgies? | | | | |
| | En cas afirmatiu, heu d'omplir també la "Fitxa Dieta Especial" i portar Certificació Mèdica*. | | | | |
| Altres coses que desitgeu afegir (malalties, precaucions, incidències,...) | | | | | |

*******Alumnes nous o amb intoleràncies noves. Els alumnes antics que ja han presentat el certificat mèdic el curs passat **NO** han de portar un altre de nou, serveix el mateix.*

Autoritzo la cessió de drets d'imatge del meu fill/a: **SI** **NO**

Data i signatura.....

Adreça electrònica: ampaescolasantaanna@hotmail.es