

INSCRIPCIÓ - MENJADOR ESCOLAR CURS 26-27

CURS:	
COGNOMS I NOM:	
DATA DE NAIXEMENT:	

RESPONSABLE FAMILIAR 1		TLF:	
RESPONSABLE FAMILIAR 2		TLF:	
RESPONSABLE FAMILIAR 3		TLF:	

➡ ÚS DEL MENJADOR (Marcar amb una ✕ l'opció en la que va a fer ús del menjador)

☐

SETEMBRE

☐

D'OCTUBRE A MAIG

➡ TIPUS DE MENÚ (Marcar amb una ✕ el tipus de menú)

☐	BASAL (bàsic)	☐	HALAL
☐	VEGÀ	☐	SENSE CARN
☐	SENSE PORC	☐	OVOLÀCTEO

➡ AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES (ATENCIÓ! Hauran d'anar acompanyades d'un informe mèdic)

- Pateix algun tipus d'infermetat o al·lèrgia alimentària?

SI

NO

En cas afirmatiu, indiqueu-la _____

- Indiqueu qualsevol altra informació o circumstància a tenir en compte.

➡ MODALITAT DE PAGAMENT (Marcar amb una "X" la forma de pagament que va utilitzar)

☐	DOMICILIACIÓ BANCARIA ENTITAT: ES _____
☐	TRANSFERÈNCIA ES77 2100 2967 8102 0014 4500

Torrent, ____ de _____ de 202__

Signatura: 

FICHA DE DATOS DEL ALUMNO/A - COMEDOR ESCOLAR CURSO 26-27

CURSO:	
APELLIDOS Y NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:	

RESPONSABLE FAMILIAR 1		TLF:
RESPONSABLE FAMILIAR 2		TLF:
RESPONSABLE FAMILIAR 3		TLF:

➡ **USO DEL COMEDOR** (Marcar con una ✕ la opción en la que va a hacer uso del comedor)

☐

SEPTIEMBRE

☐

DE OCTUBRE A MAYO

➡ **TIPOS DE MENÚ** (Marcar con una ✕ el tipo de menú).

☐	BASAL (básico)	☐	HALAL
☐	VEGANO	☐	SIN CARNE
☐	SIN CERDO	☐	OVOLÁCTEO

➡ **ALÉRGIAS E INTOLERÀNCIAS** (¡ATENCIÓN! Deberán ir acompañadas de un informe médico)

- Padece algún tipo de enfermedad y/o intolerancia alimentaria?

SI

NO

En caso afirmativo, indíquela _____

- Indique cualquier otra información o circunstancia a tener en cuenta.

➡ **MODALIDAD DE PAGO**

☐	DOMICILIACIÓN BANCARIA ENTIDAD: ES _____
☐	TRANSFERENCIA ES77 2100 2967 8102 0014 4500

Torrent, ____ de _____ de 202 _

Firma: 