



FULL D'INSCRIPCIÓ AL MENJADOR ESCOLAR

Nom del pare/mare/tutor/tutora _____

D.N.I./N.I.E/PASSAPORT _____ Telf: _____

Sol·licite la inscripció al menjador Escolar del CEIP “Sant Roc” de l’alumne/a:

Alumne/a _____ **Curs** _____

Començarà a fer ús del servei del menjador a partir del dia: ____/____/____

RECORDEM QUE SEGONS EL PROJECTE EDUCATIU DE MENJADOR DEL CENTRE:

El menú serà únic per a tots els comensals. No obstant això s'han establert les següents excepcions:

- **Dietes blanques:** Per a alumnes amb problemes gastrointestinals transitoris, sota prescripció mèdica i avisant amb l'antelació deguda a l'encarregat/da del menjador menjadorsantrocinfantil@gmail.com abans de les 9:30 hores.
- **Alumnes al·lèrgics** a aliments o que pateixin qualsevol malaltia o trastorn somàtic que necessite d'una **alimentació específica**. Per a tenir en compte aquesta consideració **serà indispensable presentar un certificat mèdic junt a aquesta inscripció**. No s'acceptaran inscripcions sense aquest certificat.

ALTRES CONSIDERACIONS

- Presenta alguna al·lèrgia o intolerància alimentària? ☐ No ☐ Sí. Quina? _____

- Requereix d'alguna alimentació específica a tindre en compte? Quina? _____

- Va a sol·licitar ajuda assistencial de menjador per al curs 2024-2025? ☐ No ☐ Sí

- Hora d'eixida: 15'30h ☐ 17h ☐ - Bus ☐ No ☐ Sí

Quede assabentat/a i accepte les Normes del Menjador Escolar del CEIP “Sant Roc”.

Així mateix, AUTORITZE a CAJAMAR a que accepte els rebuts emesos pel Menjador Escolar en el següent compte bancari.

Nom del titular del compte _____

Banc /Caixa _____ Sucursal _____

Hauran de col·locar un número en cada casella. Tinguen en compte que el seu número està compost de 20 dígits.

IBAN	BANCO/CAJA				SUCURSAL				DC	NÚMERO DE CUENTA									

Polop, ____ de _____ de _____

Signatura pare/mare/tutor/tutora.

A ENTREGAR EN CONSERGERIA ABANS DEL 18 DE JULIOL



HOJA DE INSCRIPCIÓN AL COMEDOR ESCOLAR

Nombre del padre/madre/tutor/tutora _____

D.N.I./N.I.E./PASAPORTE _____ Telf: _____

Solicito la inscripción al comedor Escolar del CEIP “Sant Roc” del alumno/a:

Alumno/a _____ **Curso** _____

Empezará a hacer uso del servicio del comedor a partir del día: ____/____/____

RECORDAMOS QUE SEGÚN EL PROYECTO EDUCATIVO DE COMEDOR DEL CENTRO:

El menú será único para todos los comensales. No obstante, se han establecido las siguientes excepciones:

- **Dieta blanda:** Para alumnos con problemas gastrointestinales transitorios, bajo prescripción médica y avisando con la antelación debida a la encargada del comedor menjadorsantrocinfantil@gmail.com antes de las 9:30 horas.
- **Alumnos alérgicos** a alimentos o que sufran cualquier enfermedad o trastorno somático que necesito de una **alimentación específica**. Para tener en cuenta esta consideración **será indispensable presentar un certificado médico junto a esta inscripción**. No se aceptarán inscripciones sin este certificado.

OTRAS CONSIDERACIONES

- ¿Presenta alguna alergia o intolerancia alimentaria? ☐ No ☐ Sí. ¿Cuál? _____

- Requiere de alguna alimentación específica a tener en cuenta? ☐ No ☐ Sí. ¿Cuál? _____

- ¿Va a pedir ayuda asistencial de comedor para el curso 2024-2025? ☐ No ☐ Sí

- Hora de salida : 15'30h ☐ 17h ☐ - Bus ☐ No ☐ Sí

Quedo enterado/a y acepto las Normas del Comedor Escolar del *CEIP “Sant Roc”. Así mismo, AUTORIZO al CAJAMAR a que acepte los recibos emitidos por el Comedor Escolar en la siguiente cuenta bancaria.

Nombre del titular de la cuenta _____

Banco /Caja _____ Sucursal _____

Tendrán que colocar un número en cada casilla. Tengan en cuenta que su número está compuesto de 20 dígitos.

IBAN	BANCO/CAJA				SUCURSAL				DC	NÚMERO DE CUENTA									

Polop, ____ de _____ de _____

Firma del padre/madre/tutor/a.

A ENTREGAR EN CONSERJERÍA ANTES DEL 18 DE JULIO