



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