



FITXA D'ALTA MENJADOR ESCOLAR

Nom i cognoms: _____

Curs: 20____ / 20____ Nivell _____ Grup _____

Adreça: _____

Ciutat: _____ C.P. _____

Telèfon mare: _____ Telèfon pare: _____

Altres telèfons de contacte: _____

Indiqueu un correu electrònic de contacte:

Beca-Ajuda menjador:

☐

si, total

☐

si, parcial

☐

no

Treballen el pare i la mare _____

N.º de germans/es matriculats /des al centre _____

Curs dels germans/es _____

Patix algun tipus d'intolerància o al·lergia alimentària?

En cas afirmatiu indiqueu-la:

Patix algun tipus de malaltia?

En cas afirmatiu indiqueu-la:

Adjuntar, en els dos casos, la documentació justificativa mèdica i l'autorització de la família en cas de necessitat de medicar a l'alumne en el temps de menjador.

València a _____ de _____ de 202__

Signatura pare mareo tutor-a legal: