

INSCRIPCIÓ MENJADOR ESCOLA PABLO NERUDA CURS 2020-2021

Dades de l'alumne/alumna:

Nom i cognoms:..... Curs

Adreça.....

Població CP Data de naixement

Pateix alguna malaltia?.....Quina?.....

Pren medicació?..... Quina?

Nom i cognoms de mare/pare/tutor Telf.....

Nom i cognoms de mare/pare/tutor Telf.....

Altres telèfons de contacte o feina:
.....

CORREU ELECTRÒNIC

ALIMENTACIÓ I NUTRICIÓ

Dietes específiques:

No menja carn No menja porc Vegeterià Vegà Pot menjar tot

Té al·lèrgia a algun aliment? Si No

Intoleràncies i/o al·lèrgies: (en cas afirmatiu, adjuntar justificant mèdic)

Gluten (celíacs) Lactosa Faves Ou Bolets Préssec Kiwi

Altres:.....

Quina reacció li provoca i com cal actuar (*)

.....

.....

AUTORITZACIÓ DEL PARE, MARE O TUTOR/TUTORA

En/Naamb DNI núm

autoritzo al meu fill/filla..... a quedar-se al menjador de l'Escola Pablo Neruda, sota les condicions establertes a partir de la data.....

L'Hospitalet, ade.....de 202...

Signatura

AUTORITZACIÓ BANCARIA

Autoritzo a que es carregui en el meu compte els rebuts que el CLUB INFANTIL I JUVENIL SANFELIU – SANT ILDEFONS presentarà al cobrament pel concepte de menjador del curs 2020-2021.

TITULARDNI

ENTITAT BANCARIA

IBAN:

Signatura:

CONSENTIMENT DE CESSIÓ DE DADES PERSONALS

RGDP (25/05/2018)

En/Na _____ amb DNI _____ com a
mare/pare/tutor/a legal de l'infant/jove _____ dono el meu consentiment
explícit al Club Infantil Juvenil Sanfeliu Sant Ildefons, des de l'1 de setembre de 2020 al 30 de juny de 2021,
com a responsable del tractament de dades personals d'aquesta entitat amb CIF G58311564, per a:

Si No Tenir, guardar i custodiar les dades personals necessàries per a la correcta inscripció del meu fill /
meva filla al servei de menjador de l'escola Pablo Neruda que el Club Infantil Juvenil Sanfeliu – Sant Ildefons
organitza , amb la finalitat d'organitzar-les i desenvolupar-les. Aquestes dades seran conservades mentre es
mantinguin les relacions esmentades i, un cop finalitzades les mateixes, durant els terminis de prescripció
legals aplicables.

Si No Autoritzo que el nom del meu fill/filla aparegui als llistats de l'equip de monitoratge dins els espais
públics del menjador i coordinació de l'escola Pablo Neruda per tal de facilitar el bon funcionament del
servei.

Si No La reproducció de fotografies i/o imatges, treballs manuals i vídeos en què figuri el/la meu/va
fill/a o aquest en sigui l'autor, per a la difusió de l'entitat i les activitats en les que ell/a participi, tant per
mitjans impresos com electrònics.

Si No Administració al meu fill/a de medicaments prescrits pel seu metge i anotats en el full sanitari,
durant l'estada de l'activitat.

Si No Practicar petites cures i administrar analgèsics, antipirètics i antiinflamatoris, de formulació infantil
i que es lliuren sense recepta (Dalsy, Apiretal o similars).

Si No Prendre en cas d'extrema urgència, totes les decisions medicoquirúrgiques que calgui adoptar
sota la direcció facultativa pertinent.

Tanmateix, declaro haver estat informat sobre la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació,
cancel·lació , supressió, limitació, portabilitat i oposició sobre les meves dades, mitjançant una comunicació
escrita, enviada per correu postal ordinari, adjuntant una fotocòpia del DNI o un altre document
identificatiu, dirigida a la Direcció de l'Associació Club Infantil Juvenil Sanfeliu – Sant Ildefons, C/Emigrant,
25, baixos, 08906 de L'Hospitalet de Llobregat, o mitjançant un correu electrònic a **club@sanfeliu-
santildefons.org**, indicant en la línia de l'assumpte el dret que desitjo exercitar.

L'Hospitalet de Llobregat a dede 202.....

Signatura: