

1r Cognom	2n Cognom	Nom	Curs	Data naixement		

DADES PERSONALS

Adreça núm. Pis

C.P. Població Comarca.....

Telèfons //

..... Correus electrònics //

.....

Nom dels pares/

FITXA DE SALUT

Pateix alguna malaltia o dificultat (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques, mobilitat reduïda, etc.)?

.....

AUTORITZACIÓ PATERNA (a omplir pels pares, mares o tutors)

En/na.....

....., amb DNI núm....., autoritzo el meu fill/a

....., a assistir al menjador escolar i a les activitats que allí es desenvolupin. Faig extensiva aquesta autorització per a les decisions medicoquirúrgiques que calgui adoptar, en cas d'extrema gravetat, sota la direcció facultativa pertinent. Així com l'acompanyament per part de l'equip educatiu al centre mèdic en el vehicle propi si fora necessari.

També autoritzo a la Fundació En Xarxa a domiciliar els rebuts del servei de menjador i/o acollida al següent numero de compte:

IBAN	Banc o Caixa	Oficina	DC + Núm, Compte																								
<table border="1"> <tr> <td>E</td> <td>S</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	E	S			<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>												
E	S																										

....., a.....de.....de 2017

SIGNATURA del pare/mare/tutor/a