

Progenitor 1

Sra./Sr. ....DNI.....

Progenitor 2

Sra./Sr. ....DNI.....

Pares/Mares dels alumnes

Alumne.....	etapa/curs .....
Pateix qualche tipus d'allèrgia alimentària coneguda	SI/NO
En cas afirmatiu indicar el tipus d'allèrgia i/o intolerància ( especificar).....	
Ha presentat la documentació obligatòria i la medicació, si cal.	SI/NO

  

Alumne.....	etapa/curs .....
Pateix qualche tipus d'allèrgia alimentària coneguda	SI/NO
En cas afirmatiu indicar el tipus d'allèrgia i/o intolerància ( especificar).....	
Ha presentat la documentació obligatòria i la medicació, si cal.	SI/NO

  

Alumne.....	etapa/curs .....
Pateix qualche tipus d'allèrgia alimentària coneguda	SI/NO
En cas afirmatiu indicar el tipus d'allèrgia i/o intolerància ( especificar).....	
Ha presentat la documentació obligatòria i la medicació, si cal.	SI/NO

Indicar

	TORN DE CINC DIES FIXOS AL MES
	TORN DE TRES DIES FIXOS AL MES. DIES:.....
	TORN DE DOS DIES FIXOS AL MES. DIES:.....

Hem rebut la circular del menjador escolar i estic assabentat/ada del compromís de compliment de les normes, dies de servei, modificacions del menú escolar, informació de la situació mèdica del meu/va fill/a i condicions del servei per el curs 2024/25.

Palma a            de            de 2024

Nom i signatura progenitor/a 1

Nom i signatura progenitor/a 2