

# SABORS A TAULA

NOM I LLINATGES DE L'ALUMNE/A:		ETAPA EDUCATIVA	
		<input type="checkbox"/> INFANTIL	<input type="checkbox"/> PRIMÀRIA
NIVELL EDUCATIU			
<input type="checkbox"/> anys	<input type="checkbox"/> anys	<input type="checkbox"/> anys	<input type="checkbox"/> r <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> r <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> è <input type="checkbox"/> è
Nom del pare/tutor:		1r telèfon de contacte urgent	
Nom de la mare/tutora:			
Persones autoritzades per recollir els infants:		2n telèfon de contacte urgent.	
Observacions			

Com a pares/mares tutors/es legals de l'alumne/a usuari/a del servei de menjador, pel present document, inform als responsables del servei de menjador del següent:

El meu/meva fill/a NO presenta cap malaltia, al·lèrgia i/o intolerància.

El meu/meva fill/a presenta malaltia, al·lèrgia i o intolerància. (certificat metge)

En cas afirmatiu indicar malaltia: \_\_\_\_\_.

En cas afirmatiu indicar al·lèrgia: \_\_\_\_\_.

En cas afirmatiu indicar intolerància: \_\_\_\_\_.

Inca, a de 2023

Signatura pare/tutor

Nom i llinatge:

DNI:

Signatura mare/tutora

Nom i llinatge

DNI: