



SERVEI DE MENJADOR DE L'ESCOLA MARTA MATA

FULL D'INSCRIPCIÓ

Nom i cognoms de l'alumne: _____ Curs _____

SOCI AMPA

Dies que es quedarà al menjador : Dilluns Dimarts Dimecres Dijous Divendres

Observacions: dades de l'alumne que creieu importants que estiguin en coneixement dels monitors (medicaments, al·lèrgies, dietes, etc.)

-ADJUNTAR DOCUMENT MÈDIC PER INTOLERÀNCIES-AL·LÈRGIES-

Nom i cognoms PARE: _____ DNI _____

Carrer: _____ Núm.: _____ Pis: _____ Porta: _____

Població: _____ CP: _____

Telèfon: _____ E-mail: _____

Nom i cognoms MARE: _____ DNI _____

Carrer: _____ Núm.: _____ Pis: _____ Porta: _____

Població: _____ CP: _____

Telèfon: _____ E-mail: _____

Accepto la normativa i les condicions d'ús del servei de menjador escolar aprovades pel Consell Escolar.

A la companyia CAPGIR GESTIÓ DE SERVEIS,S.L., proveïda de CIF B17564758. a que des de la data present, i amb caràcter indefinit mentre continuïn les relacions comercials entre ambdues parts, que giri al número de compte especificat en aquesta autorització, tots els rebuts corresponents a les factures/serveis que s'originin com a conseqüència de la relació comercial entre ambdues parts, de conformitat amb la Llei 16/2009 de Serveis de Pagament.

Compte corrent: _____/_____/_____/_____/_____/_____

Signatura pare i mare,

Lloc i data: