

FULL D'INSCRIPCIÓ AL SERVEI DE MENJADOR ESCOLAR

CURS ESCOLAR: 2025 – 2026

Per la present, sol·licito plaça per al meu fill/a al servei de menjador escolar durant el curs indicat (INICI SERVEI MENJADOR: 10 DE SETEMBRE - FI SERVEI MENJADOR: 19 DE JUNY).

1. MESOS D'ASSISTÈNCIA PREVISTOS

Marqueu amb una ☒ els mesos en què l'alumne/a farà ús del servei:

SET	OCT	NOV	DES	GEN	FEB	MAR	ABR	MAIG	JUNY
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. DIES DE LA SETMANA D'ASSISTÈNCIA

Marqueu amb una ☒ els dies fixos d'assistència:

Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres
☐	☐	☐	☐	☐

3. DADES DE L'ALUMNE/A

Nom i cognoms: _____ Curs: _____

4. DADES FAMILIARS

Pare/mare/tutor 1 (obligatori): _____

DNI: _____ Telèfon: _____

Correu electrònic: _____

Pare/mare/tutor 2 (obligatori): _____

DNI: _____ Telèfon: _____

Correu electrònic: _____

5. DADES BANCÀRIES PER A LA DOMICILIACIÓ DEL PAGAMENT

Titular del compte: _____

IBAN: _____ *

6. IMPORT, CONDICIONS DE PAGAMENT I NORMES DEL SERVEI

- El preu del menú és de 6,85 €/menú diari.
- Usuaris habituals: utilitzen el servei més del 50% dels dies lectius del mes.
- Usuaris eventuais: utilitzen el servei menys del 50% (increment del 10% en preu): 7,55 €
- Els usuaris eventuais han d'avisar al centre abans de les 9:30 h del mateix dia.
- En cas de falta d'assistència, s'abonarà igualment l'import total de la minuta.
- Descompte del 10% per a germans.
- Al juny: 50% de descompte del preu del menú si s'ha utilitzat el servei d'octubre a maig de manera ininterrompuda (màx. 50% en cas de germans).
- L'import es cobrarà a mes vençut mitjançant càrrec al compte indicat.
- El càrrec es realitzarà durant els cinc primers dies hàbils del mes següent.
- El servei és de 14.00 a 16.00 i està permès sortir a partir de les 15.00 h.

TELÈFON DE CONTACTE PER APUNTAR I NOTIFICACIONS

645387585

7. AL·LÈRGIES O INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES

L'alumne/a presenta alguna al·lèrgia o intolerància alimentària? ☐ Sí ☐ No

En cas afirmatiu, especifiqueu clarament quines (adjuntar informe mèdic):

AUTORITZACIÓ PER A LA SORTIDA DE L'ALUMNE/A SENSE ACOMPANYANT

Jo, Sr./Sra. (obligatori) _____, amb DNI núm. _____,
pare/mare/tutor legal de l'alumne/a _____, matriculat/ada
al curs _____ de l'Escola CEIP Margalida Florit

AUTORITZO que el meu fill o la meva filla pugui sortir del centre escolar **sense acompanyant adult**, assumint la plena responsabilitat sobre la seva seguretat i desplaçament des de la sortida de l'escola fins al seu domicili o lloc de destinació habitual.

Així mateix, declaro haver estat informat/ada que el centre no es fa responsable un cop l'alumne/a hagi abandonat les instal·lacions.

Hora autorizada de sortida:

A partir de les _____ hores.

Lloc i data: _____, ____ de _____ de 20__

Signatura del pare/mare/tutor 1: _____

Signatura del pare/mare/tutor 2: _____