

## **INFORMACIÓ MENJADOR IES SON RULLAN CURS 2018-2019**

-Us informen que els alumnes de l'IES Son Rullan poden fer us del servei escolar de menjador aquest curs 2018-2019.

-Els alumnes usuaris de menjador de l'IES Son Rullan estaran acompanyats per un professor/monitor.

-Aquests usuaris hauran de complir les normes de menjador al igual que els usuaris de primària i també hauran de complir les següents:

1. El temps de dinar no serà inferior a 20 minuts.
2. El professor/ monitor indicarà quan es puguin aixecar.
3. No es pot treure menjar del menjador ( fruita inclosa )

Una vegada que el professor/monitor dona permís per poder aixecar-se finalitza el període de responsabilitat del centre.

- L'horari de menjador pels alumnes de l'IES Son Rullan dependrà del seu horari de sortida de classes. (Es determinarà al setembre, inici curs escolar)

---

- Si estan interessats en esser nous usuaris del servei escolar de menjador:

- A partir de setembre hauran de passar **pel menjador o per secretaria de primària** (de 9'10 a 11'00 h) si desitgen :

Anul·lar la inscripció feta al juny, donar-se d'alta (si no ho han fet al juny), donar-se de baixa o fer variacions.

**També omplir obligatòriament el full de dades personals per a l'empresa: " Comedor escolar Trebol SL " i les altres dades de darrera del full.**

**INSCRIPCIÓ AL SERVEI ESCOLAR DE MENJADOR CURS 2018-2019: Per els alumnes de l'IES Son Rullan.**

D/Dnya \_\_\_\_\_

Pare/mare/tutor/a de l'alumne/a \_\_\_\_\_ del curs actual \_\_\_\_\_ grup \_\_\_\_\_

amb direcció \_\_\_\_\_ Població \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

i telèfons \_\_\_\_\_.

**SOL·LICITA:** Que el seu fill/a pugui ésser usuari del servei escolar de menjador el proper curs 2018-2019, en una o més de les següents opcions( posar una **X** a la casella o caselles que consideri).

**-USUARI FIXO MES DE SETEMBRE:** A partir del dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_

- Menjador de dilluns a divendres.
- Menjador quatre dies a la setmana.
- De dilluns a dijous ( no divendres)  Altres. Escriure els dies: \_\_\_\_\_
- Menjador tres dies a la setmana. Escriure els dies: \_\_\_\_\_
- Menjador dos dies a la setmana (preu tiquet). Escriure els dies: \_\_\_\_\_

**-USUARI FIXO D'OCTUBRE A MAIG:** A partir del dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_

- Menjador de dilluns a divendres.
- Menjador quatre dies a la setmana.
- De dilluns a dijous ( no divendres)  Altres. Escriure els dies: \_\_\_\_\_
- Menjador tres dies a la setmana. Escriure els dies: \_\_\_\_\_
- Menjador dos dies a la setmana (preu tiquet). Escriure els dies: \_\_\_\_\_

**-USUARI FIXO MES DE JUNY:** A partir del dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_

- Menjador de dilluns a divendres.
- Menjador quatre dies a la setmana.
- De dilluns a dijous ( no divendres)  Altres. Escriure els dies: \_\_\_\_\_
- Menjador tres dies a la setmana. Escriure els dies: \_\_\_\_\_
- Menjador dos dies a la setmana (preu tiquet). Escriure els dies: \_\_\_\_\_

**Són alumnes fixos de menjador els que quedin el 70% dels dies de menjador del mes.**

- Pagaran el servei escolar de menjador directament al menjador del 1 al 5 de cada mes.
- Pagaran el servei escolar de menjador per compte bancària.  
( Si són nous usuaris o han canviat les dades bancàries han de passar pel menjador per donar les noves dades i firmar l'autorització bancària, en cas contrari no fa falta)
- El meu fill/a té malaltia crònica o incompatibilitat alimentària, sol·licit "menú alternatiu".  
( Ha d'omplir el model de "diètes alternatives" i adjuntar prescripció facultativa. Els impresos estan a secretaria de primària)

Palma de Mallorca, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Signat ( pare/mare/tutor/a)

**DADES EMPRESA**

**COMEDOR ESCOLAR TREBOL SL**  
**CIF: B57159865**

**PERSONA DE CONTACTE: Maria Rosa Jiménez Collado**

**TELÈFON: 971472016**

**POBLACIÓ/MUNICIPI: PALMA**

**C.P.: 07009**

**ILLES BALEARS**

**DADES ALUMNAT**

Alumne/a.....curs i grup.....

**REPRESENTANT LEGAL**

.....DNI:.....

**ADREÇA**.....

**POBLACIÓ**:.....**C.P.**:.....

**E-MAIL**:.....

**TELÈFON DE CONTACTE**:.....**MÒBIL**:.....

**Protecció de dades:**

En virtut del que disposa la llei 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informam que mitjançant la complimentació del present formulari les seves dades personals quedaran incorporades en un fitxer denominat CLIENTS inscrit a la A.G.P.D. titularitat de l'EMPRESA COMEDOR ESCOLAR TREBOL SL con CIF B57159865, amb la finalitat de poder donar-li els serveis sol·licitats, així com per a mantenir-vos informats sobre qüestions relatives a l'activitat de l'empresa i els seus serveis. Vostè dóna el seu consentiment exprés per a què EMPRESA COMEDOR ESCOLAR TREBOL SL pugui utilitzar les seves dades i adreça de correu electrònic amb aquesta finalitat en concret. Així mateix, l'informam de la possibilitat d'exercir, en qualsevol moment, els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les seves dades de caràcter personal mitjançant escrit dirigit a: COMEDOR ESCOLAR TRÉBOL SL, Pavellons Son Rullan, s/n 07009 Palma.

Signatura:

## SOL-LICITUD DE DIETES ALTERNATIVES

Don / Dnya.....  
Pare / Mare / Tutor / a de l'alumne / a.....  
del curs.....Grup.....IES SON RULLAN

**SOL-LICITA una dieta:** (marcau amb una creu l'opció escollida)

<input type="checkbox"/>	Sense Gluten
<input type="checkbox"/>	Sense carn de porc
<input type="checkbox"/>	Altres

Per aquest motiu:

.....  
.....  
.....

...Adjuntar prescripció facultativa.

Palma de Mallorca, a ..... de ..... de 201...

Signatura del pare / de la mare, Tutor/Tutora

## INFORMACIÓ DE PATOLOGIA CRÒNICA. DADES MÈDIQUES.

El meu fill/la meva filla té un problema important de salut i que el centre ha de conèixer:

<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

**Problema de salut:**

**En aquest cas ha de prendre la següent medicació:**

Aportar el medicament al centre, per donar al menjador, amb prescripció mèdica i signar autorització especial. (Comprovar dates caducitat del medicament).

**HOSPITAL O CLÍNICA DE REFERÈNCIA/URGÈNCIA:**

Per facilitar als serveis mèdics en cas d'urgència aferreu fotocòpia de la targeta mèdica.