



CONCELLO DE VAL DO DUBRA (A Coruña)

R.E.L.N.º 0115888 – C.I.F. P-1508900-F Teléf. 981889000 – Fax 981889100
Rúa arcai, 41 – Bembibre – C.P. 15873 – E-mail: correo@valdodubra.gal

INSCRICIÓN NO SERVIZO DE MADRUGADORAS E MADRUGADORES

| Datos do/a alumno/a | | | | | |
|--|---------------|--------|-------------------|-------|-------|
| Nome e apelidos | | | Data de nacemento | | |
| Idade | Nacionalidade | | Sexo | | |
| Domicilio/Rúa | | Número | Escaleira | Andar | Porta |
| Código postal | Localidade | | Municipio | | |
| Centro de ensino no que solicita o servizo | | | Curso actual | | |
| Correo electrónico | | | | | |

| Datos das persoas responsables legais (pai / nai / titor/a ou responsable legal) | | | | | |
|--|------------|----------------------|-------------|-------|-------|
| Nome e apelidos | | | DNI-NIF/NIE | | |
| N.º Seguridad Social | | Mutua ou Aseguradora | | | |
| Domicilio/Rúa | | Número | Escaleira | Andar | Porta |
| Código postal | Localidade | | Municipio | | |
| Teléfonos de contacto | Domicilio | Traballo | | Móbil | |
| Correo electrónico | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|------------|----------------------|-------------|-------|-------|
| Nome e apelidos | | | DNI-NIF/NIE | | |
| N.º Seguridad Social | | Mutua ou Aseguradora | | | |
| Domicilio/Rúa | | Número | Escaleira | Andar | Porta |
| Código postal | Localidade | | Municipio | | |
| Teléfonos de contacto | Domicilio | Traballo | | Móbil | |
| Correo electrónico | | | | | |

Val do Dubra, naturalmente



CONCELLO DE VAL DO DUBRA (A Coruña)

R.E.L.N.º 0115888 – C.I.F. P-1508900-F Teléf. 981889000 – Fax 981889100
Rúa arcai, 41 – Bembibre – C.P. 15873 – E-mail: correo@valdodubra.gal

Outras observacións

| | SI | NON | |
|---|----|-----|---------------|
| Toma algún medicamento? | | | Cal? |
| Ten alerxias? | | | Cales? |
| Asma? | | | Observacións: |
| Maréase con frecuencia? | | | |
| Vomita con frecuencia? | | | |
| Padece hemorraxias a miúdo? | | | |
| Ten convulsións? | | | |
| Ten algún rexime alimenticio? | | | |
| Tes as vacinas correspondentes á súa idade? | | | |
| Ten algunha discapacidade? | | | Especificar: |

Outras:

Como responsable legal do menor declaro baixo a miña responsabilidade que o/a solicitante de almorzo de madrugadores arriba mencionado/a, non padece ningunha enfermidade contaxiosa, nin alerxia ou intolerancia alimentaria, que lle impida utilizar o servizo de almorzo sen ningunha precaución especial.

Aviso: as alerxias ou intolerancias alimentarias non impiden usar o servizo de comedor, sempre que solicitude veña acompañada co correspondente certificado médico.

MADRUGADORES/AS CON ALMORZO (para utilizar este servizo os/as alumnos/as deben incorporarse ao centro, como mínimo 30 minutos antes do inicio das clases)

Curso escolar: 20__ - 20__

Data na que comezará a facer uso deste servizo:

Días á semana que utilizará o servizo: (marque cun X)

| | | |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| Todos os días | 4 días á semana | 3 días á semana |
| 2 días á semana | 1 día á semana | días soltos |

Indicar os días da semana que empregará o servizo (no caso de non utilizalo todos os días, marque cun X):

| | | | | |
|------|--------|----------|-------|--------|
| Luns | Martes | Mércores | Xoves | Venres |
|------|--------|----------|-------|--------|

Datos bancarios: conta de pago

IBAN:

Número de conta bancaria:

CÓDIGO SWIFT/BIC (Se non o coñece, deixar en branco)



CONCELLO DE VAL DO DUBRA (A Coruña)

R.E.L.N.º 0115888 – C.I.F. P-1508900-F Teléf. 981889000 – Fax 981889100
Rúa arcai, 41 – Bembibre – C.P. 15873 – E-mail: correo@valdodubra.gal

Documentación:

A achegar polo interesado/a:

Documento que acredite a identidade da nai, pai ou responsable legal.

Acreditación da representación, se procede.

Documento que acredite a garda e custodia en caso de separación, divorcio ou outros casos se procede.

Certificado médico de alerxias e/ou intolerancias, se procede.

Autorización:

D/D^a _____ con DNI _____, como responsable legal do menor, autorizo a _____ a participar no servizo de madrugadores do Concello de Val do Dubra.

A recollida e tratamento de datos de carácter persoal, coa única finalidade de utilzalos para xestionar as funcións derivadas do motivo da solicitude e as xestións municipais derivadas dos procedementos e consultas que inicia a persoa interesada coa mesma. (Marque cunha cruz)

SI

NON

Autorizo ao meu fillo/a a ser recollido/a en caso de algunha incidencia durante o transcurso do servizo a:

| NOME E APELIDOS | DNI/NIE | TELÉFONO |
|-----------------|---------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Asdo.:

En Val do Dubra, a de de 202

Sinatura: