



## Sol·licitud de servei especial per alumnes amb trastorn alimentari al menjador escolar.

### Dades personals del pare, mare o tutor

Nom i cognoms		NIF
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adreça	Codi Postal	Població
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telèfons de contacte	Correu electrònic	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### Dades de l'alumne que farà ús del servei

Nom i cognoms		
<input type="text"/>		
Curs escolar	Nivell	Centre escolar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Escola Beat Bonaventura Gran <input type="checkbox"/> Escola Cavaller Arnau <input type="checkbox"/> Llar d'Infants Picarols

### Tipus d'al·lèrgia que pateix (cal adjuntar certificat mèdic)

A  de  de

Signatura del pare, mare o tutor