

Menjador casal '17



nom:		cognoms:	
carrer:	num.	població:	
CP	tel.	tel d'urgència	
escola:	curs realitzat:	data naixement:	
nº SS			
al·lèrgies o intoleràncies:		medicaments:	
Té algun tipus de discapacitat?			
<input type="checkbox"/> física	<input type="checkbox"/> psíquica	<input type="checkbox"/> sensorial	<input type="checkbox"/> altres

OPCIONES:

SETMANES:	<input type="checkbox"/> 26-29JUNY	<input type="checkbox"/> 3-7JULIOL
<input type="checkbox"/> 10-14JULIOL	<input type="checkbox"/> 17-21JULIOL	<input type="checkbox"/> 24-28JULIOL

<u>DIES:</u>
<input type="checkbox"/> DIES ESPORÀDICS
<input type="checkbox"/> DILLUNS <input type="checkbox"/> DIMARTS <input type="checkbox"/> DIMECRES <input type="checkbox"/> DIJOUS <input type="checkbox"/> DIVENDRES (PÍCNIC)

AUTORITZACIÓ:

Jo,, amb DNI.....pare,
mare o tutor legal de, l'autoritzo
a realitzar totes les activitats del menjador del casal d'estiu 2017 de L'Àpat 1998.
Signat:

Badalona, a dede 2017

