**◼ dades del nen o nena i els seus pares o tutors**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| nom del nen | cognoms | | data naixement | data d’inici diabetis |
|  |  | |  |  |
| a quin curs va o anirà? | | nom i cognom dels pares o tutors | | |
|  | |  | | |
| telèfons de contacte | | correu electrònic de contacte | | |
|  | |  | | |
| adreça del nen | | codi postal | població | |
|  | |  |  | |
| centre mèdic on es controla el nen | | | nom del metge | |
|  | | |  | |

**◼ dades de l’escola**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| nom complet del centre escolar | | | | |
|  | | | | |
| adreça | | codi postal | població | |
|  | |  |  | |
| persona de contacte | | | carrec | horari de contacte |
|  | | |  |  |
| telèfon | fax | correu electrònic | | |
|  |  |  | | |

Marqueu amb ⌧ el que correspongui:

**◼** Tipus d’escola:

**🞏** Pública

**🞏** Concertada

**🞏** Privada

**◼** Motiu pel qual es fa la petició:

**🞏** Debut del nen en diabetis

**🞏** Canvi d’escola

**🞏** Canvi de cicle

**🞏** Altres. motiu:\_\_\_\_\_\_\_\_

**◼** El nen es queda a menjar a l’escola?

**🞏** SÍ

**🞏** NO

**◼** El nen o família és soci de l’ADC?

**🞏** SÍ. De la delegació de? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞏** NO.

**◼** Data de la petició \_\_\_\_\_\_\_\_.

Aquest document s’ha de fer arribar a l’ADC mitjançant qualsevol dels tres mitjans:

**◼** Correu electrònic: [**secretaria@adc.cat**](mailto:adc@adc.cat)

**◼** Fax: **93 454 14 04**

**◼** Correu ordinari: **ADC Serveis centrals / consell directiu** Pere Vergés, 1 11è pis 08020 Barcelona

Ens posarem en contacte amb vosaltres per tal de planificar la xerrada **REF 000**

Les dades personals seran registrades en una base de dades informàtica per a ús de l’ADC, a efectes de realitzar les comunicacions periòdiques. Les dades quedaran enregistrades a disposició dels usuaris afectats per a qualsevol consulta, modificació o anul·lació. 2-V**8**