



DADES D'AL·LÈRGIA, INTOLERÀNCIA O MALALTIA CRÒNICA

DADES DE L'ALUMNE/A:

Nivell / Etapa: _____

Nom i cognoms: _____

El vostre fill/a pateix alguna al·lèrgia, intolerància o malaltia crònica?

☐ **SÍ**

☐ **NO**

En cas afirmatiu haureu de portar **l'informe mèdic** amb el diagnòstic de l'al·lèrgia, intolerància o malaltia crònica, que ha d'incloure també la **pauta d'actuació** que haurem de seguir a l'escola.

A administració us facilitarem els documents i autoritzacions que haureu de retornar omplerts i signats.

Signatura de la mare, pare o tutor/a legal de l'alumne/a.

Terrassa a, _____ de 20__