



En/na _____ amb
DNI/NIE/Passaport nº _____ pare, mare, tutor/a legal de l'alumne/a

de _____ d'Educació Infantil o _____ curs Educació Primària.

INFORMO a l'escola Eladi Homs que el nostre fill/a: **SÍ** té una al·lèrgia

NO té cap al·lèrgia

En cas afirmatiu, quina?

Al·lèrgia alimentària a:

Al·lèrgia als següents medicaments:

Altres al·lèrgies (pol·len, pols, làtex...): _____

• Pateix alguna malaltia crònica (asma, epilèpsia, diabetis...)? **NO** **SI**
Quina? _____

• Ha de prendre algun tipus de medicació, prescrita pel metge de forma continuada dins de l'horari escolar?
 NO **SI**

Quina? _____

Recordeu que:

- Pel subministrament de qualsevol tipus de medicament, oral o tòpic, cal portar la recepta del metge amb la dosi i l'horari.
- Si el nen/a pateix alguna malaltia crònica haureu de portar un certificat mèdic justificant, si fos el cas, de quin tipus d'activitat física està contraindicada.
- Les dades que ens comuniqueu són confidencials.
- Quan hi hagi alguna variació en la informació que ens heu proporcionat cal que ho comuniqueu a la Direcció del Centre.

Signatura del pare / mare / tutor legal

Valls, _____ de 20____.