

FULL DE REGISTRE D'ALUMNES AMB INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES CERTIFICADES.

Alumne/a:	
Curs:	
Tutor/a:	
Telèfon mare:	Telèfon pare:
Al·lèrgia i/o intolerància:	
Tractament en cas d'urgència:	
Nom del medicament a administrar:	
Dosi establerta pel metge:	
Horari d'administració:	