

**PROTOCOL DE RECOLLIDA D'INFORMACIÓ PER ALUMNES AMB AL·LÈRGIES,  
INTOLERÀNCIES O MALALTIES A CONSIDERAR PEL CENTRE ESCOLAR**

Nom i cognoms alumne:

Curs actual:

Data de naixement:

Alguna dada mèdica a tenir en compte: SI  NO

Malaltia:

Símptomes:

Medicació:

Si l'alumne/a és **al·lèrgic o intolerant** a algun aliment i/o substància indicar a continuació:

ALIMENT/SUBSTANCIA	VIES D'ENTRADA (CONTACTE/INHALACIÓ/INGESTA)	TIPUS DE REACCIÓ (URTICÀRIA/VÒMITS/PÈRDUA CONEIXEMENT..)

Protocol d'actuació a dur a terme en cas de necessitat:

CAP de referència:

La família aporta certificat mèdic :

SI

NO

Telèfons per l'ordre per trucar en cas d'urgència:

1 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

Documentació que cal aportar en tots els casos:

- Certificat mèdic de la malaltia i/o al·lèrgia
- Si s'ha d'administrar a l'escola, prescripció de la medicació per part del metge (dosi, forma d'administració etc.)
- Protocol d'actuació en cas de necessitat
- Autorització escrita de la família per portar l'alumne/a a urgències mèdiques i per subministrar la medicació que pot necessitar, eximint de tota responsabilitat a la persona que li administri i al centre.

Signatura pare/mare/tutor/a:

Nom i cognoms pare/mare/tutor/a: \_\_\_\_\_

Barcelona,            d            de 20\_\_\_\_\_