



Associació de Mares i Pares d'Alumnes

Escola de Pràctiques - Tarragona

977.217.711 / 650.430.590

juntaampapractiques@gmail.com / apmapractiques@gmail.com

FITXA DIETA PERSONALITZADA

Nom i cognoms de l'alumne/a: _____

Data de naixement: _____

TIPUS DE MENÚ: (assenyaleu les opcions corresponents)

1.- sense porc

3.- sense sal

5.- no carns vermelles

2.- sense carn

4.- celíac

6.- altres

TIPUS D'AL·LÈRGIA / INTOLERÀNCIA (assenyaleu les opcions corresponents)

Intolerància a la lactosa

Intolerància a la fructosa

Al·lèrgia als llegums, quins: _____

Al·lèrgia al gluten

Al·lèrgia a l'ou i derivats

Al·lèrgia a la proteïna de la llet

Al·lèrgia als fruits secs: _____

Al·lèrgia la marisc

Al·lèrgia al peix

Al·lèrgia a les fruites: _____

Altres: _____



Associació de Mares i Pares d'Alumnes

Escola de Pràctiques - Tarragona

977.217.711 / 650.430.590

juntaampapractiques@gmail.com / apmapractiques@gmail.com

DOCUMENTACIÓ QUE S'APORTA

Certificat mèdic / informe mèdic

Altres:

OBSERVACIONS

Qualsevol canvi posterior pel que fa a al·lèrgies i/o intoleràncies **cal que sigui notificat a la secretaria de l'escola.**

Sense certificat / informe mèdic no se servirà la dieta especial.

Davant el risc que suposa la ingesta de certs aliments en el cas d'al·lèrgies i/o intoleràncies alimentàries, **l'AMPA pren totes les precaucions possibles:** El Cap de cuina revisa les etiquetes de les matèries primeres i demana informació dels productes als seus proveïdors.

La mare, el pare o tutors legals de l'alumne/a afectat de l'al·lèrgia i/o tolerància assenyalada en aquest document, manifesta la voluntat de fer ús del servei de menjador escolar, coneixent el risc potencial en el cas d'al·lèrgies alimentàries d'acord amb les garanties i precaucions indicades.

Tarragona, _____ de _____ de 20 _____

Signatura de la mare / pare / familiars o tutors

DNI: _____