



INFORMACIÓ SOBRE AL·LÈRGIES

En/na.....amb
DNI.....pare, mare o tutor/a legal de
l'alumne/a.....

Posa en coneixement de l'escola la següent informació sobre el seu fill/a:

És al·lèrgic/a?

Per inhalació Contacte Ingesta

SI

NO

A què:

Pren algun medicament per l'al·lèrgia?

SI

NO

Quin?.....

Dosi i administració:.....

Signatura del pare, mare o tutor/a legal

Castelldefels,.....de/d'.....de.....