

Escola Teresa Claramunt (Sabadell)

FITXA AL·LÈRGICS – INTOLERANTS

Data del comunicat: _____, aquest full serà vigent durant tota l'escolarització de l'alumne/a, fins que es emeti un altre avís que el rectifiqui o l'anul·li.

Cognoms i Nom alumne/a _____

Curs i grup _____ Curs escolar _____

Nom Mare: _____ Tel _____

Nom Pare: _____ Tel _____

Altres contactes: _____

Intolerància a : _____

Al·lèrgia a : _____

Altres : _____

Protocol en cas de brot:

○ Informe Mèdic: ☐ SI ☐ NO

○ Full d'autorització administració medicació en cas d'urgència : ☐ SI ☐ NO

Altres _____

Data i signatura: