



FULL DE RECOLLIDA D'INFORMACIÓ PER ALUMNES AMB AL·LÈRGIES

Nom de l'alumne	Data de naixement
Telèfons de contacte:	
1.-	pertany a:
2.-	pertany a:
3.-	pertany a:
CAP o metge de referència Adreça i telèfon:	

Aliments als quals l'alumne/a és al·lèrgic/a:

LLISTAT D'ALIMENTS	VIES D'ENTRADA (inhalació, contacte, ingesta)	TIPUS DE REACCIÓ (urticària a la pell, vòmits, desmai, dificultats respiratòries, pèrdua del coneixement, xoc anafilàctic,...)

Altres substàncies que li provoquen al·lèrgia:

LLISTAT D'ALIMENTS I/O SUBSTÀNCIES	VIES D'ENTRADA (inhalació, contacte, ingesta)	TIPUS DE REACCIÓ (urticària a la pell, vòmits, desmai, dificultats respiratòries, pèrdua del coneixement, xoc anafilàctic,...)