**COMUNICACIÓ D’AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES**

Jo,................................................................................................................................,

com a mare/pare/tutor legal de............................................................................

comunico que el nen/nena té les següents al·lèrgies/intoleràncies alimentàries:

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Si els mestres necessitem tenir a mà una **carmanyola** amb els medicaments puntuals que se li han d’administrar en cas de crisi al·lèrgica, els heu de proporcionar a l’escola i donar-nos les instruccions.

Mesures que ha de prendre l’escola:

.........................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................

Data:........................................... Signatura:

Curs:...........................................

Benvolguts/es,

Us adjuntem còpia de l’autorització que heu de signar únicament en el cas que calgui administrar als vostres fills/es qualsevol tipus de medicació durant l’horari escolar o menjador.

Si us trobeu en aquesta situació us preguem que feu arribar aquesta autorització signada junt amb la recepta del metge. S’ha de portar la dosi justa en una xeringa dins d’una carmanyola.

**Autorització per prendre medicament**

AUTORITZACIÓ ( a omplir pels pares, mares o tutors)

En/na..........................................................................................amb DNI........................................ com (1)..................................d’en/na...............................................................................................

autoritza als mestres de l’Escola Sant Sadurní de Montornès del Vallès administrar el medicament que segueix amb la dosi que s’especifica.

Nom medicament : ………………………………………………………………………………………………………………..

Dia …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Hora: ……………………………………………………………….

Dosi: ………………………………………………………………..

Signatura:

(1) Pare, mare o tutor