

INTOLERÀNCIES, AL·LÈRGIES I MALALTIES

Jo, _____ amb DNI o passaport _____,
mare/pare o tutor/a legal de _____ de la classe de 1r ESO _____.

informo que el meu fill/a:

- **Té intolerància alimentària. Quina/quines?**

Intolerància a:	Síntomes:	Actuacions:

- **Té alguna al·lèrgia. Quina/quines?**

Al·lèrgia a:	Síntomes:	Actuacions:

- **S'ha de prendre / es pot prendre puntualment un medicament. Quin/quins?***

Medicament:	Administració (dosi/hores/dies):

*Recordeu que l'autorització per a l'administració de Paracetamol la va signar a l'inici de curs.

Signatura:

Les Franqueses del Vallès, _____ de _____ de 2020