Institut Vall d'Hebron

Informació general

Alumne (Nom i cognoms):_____

Dades telefòniques

- Telèfons de contacte família en cas d'emergència: _____
- Telèfon mòbil de l'alumne/a (el que portarà al viatge): _____

Dades mèdiques

Per poder garantir la salut dels nostres alumnes durant el viatge, ens caldria conèixer informació relativa a l'alimentació i possibles patologies que puguin afectar-los. Per això els demanem que signin el següent full i el complementin en cas que sigui necessari:

- El seu fill/a pateix alguna malaltia o problema mèdic que creieu convenient comentar? **SÍ** **NO**

Especifiqueu quin: _____

Medicació i protocol a seguir: _____

_____

- El seu fill/a pren alguna medicació habitualment o l'ha de prendre durant el viatge? **SÍ** **NO**

Especifiqueu quina i administració: _____

- El seu fill/a fa algun règim o dieta especial (vegetarià, vegà, no menja porc...)?

Especifiqueu quin: _____

- El seu fill/a pateix alguna al·lèrgia o intolerància alimentària? **SÍ** **NO**

Especifiqueu quina: _____

- El seu fill/a pateix algun altre tipus d'al·lèrgia? **SÍ** **NO**

Especifiqueu quina: _____

Faig extensiva aquesta autorització a les decisions mèdiques i quirúrgiques que s'hagin de prendre en cas d'extrema gravetat, sota la decisió facultativa pertinent.

Barcelona, _____ de _____ de 202_

Signat el pare, la mare o el tutor legal: