NOM I COGNOMS …… CLASSE …….....

• El vostre fill/a pateix algun tipus d'al·lèrgia?

NO **SI**

Quina?

- Al·lèrgia alimentària a: .....
- Al·lèrgia als següents medicaments: .....
- Altres al·lèrgies (pol·len, pols,...) a: …….....

• Pateix alguna malaltia crònica (asma, atacs epilèptics, diabetis, ...)?

NO **SI**

Quina? .....…….....

• Pateix algun tipus d'intolerància?

NO **SI**

Quina? .....…….....

• Ha de prendre algun tipus de medicació, prescrita pel metge de forma continuada dins l'horari escolar?

NO **SI**

Quina? .....…….....
Per què? …..…….....…….....…….....
Quina dosi? …..…….....…….....

Recordeu que:

• Per al subministrament de qualsevol tipus de medicament, oral o tòpic, cal portar la recepta del metge .

• Si l'alumne pateix alguna malaltia crònica,al·lèrgia o intolerància haureu de portar un certificat mèdic oficial o informe del CAP. Només en el cas que no l'hagueu presentat amb anterioritat.

• Les dades que ens comuniqueu són confidencials i quan hi hagi alguna variació en la informació que ens heu proporcionat cal que ho comuniqueu a la Secretaria del Centre.

SIGNATURA DEL PARE, MARE O TUTOR LEGAL

Premià de Mar…….de…….de 20.....