

NOM I COGNOMS GRUP

- 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.....