



Informe mèdic dels alumnes amb al·lèrgies/intoleràncies

Nom del nen / a:

Curs:

Classe:

Nom Pare _____

Telèfon 1 _____ Telèfon 2 _____

Nom Mare _____

Telèfon 1 _____ Telèfon 2 _____

Altres (especificar) _____

Telèfon 1 _____ Telèfon 2 _____

Dina a l'escola:

Fix

dll	dmt	dmc	dj	dv
-----	-----	-----	----	----

Esporàdic

ASPECTES IMPORTANTS

Pateix al·lèrgies conegudes a algun medicament?

A què?

Pateix alguna al·lèrgia o intolerància a algun tipus d'aliment?

A què?

- simptomatologia davant ingesta accidental:

Campos Estela, àpats i lleure per a escoles

- passos a seguir en cas d'ingesta:

- es coneix cas de xoc anafilàctic?

*** ADJUNTAR L'INFORME MÈDIC I EL PLA D'ACTUACIÓ REMÈS PELS PARES/TUTOR**

Jo, amb DNI

com a tutor legal de l'alumne

autoritzo a l'equip de menjador a prendre les decisions que creguin necessàries en cas d'emergència mèdica.

Així mateix, em comprometo a actualitzar periòdicament a l'equip de menjador la informació respecte l'al·lèrgia/intolerància.

I perquè consti, signo el present document a (lloc i data)

Campos Estela, àpats i lleure per a escoles

C. Camí de la Creu, 14 - 08172 SantCugat del Vallès - Telèfon: 93 674 50 16 - Fax: 93 674 69 42 - info@camposestela.com - www.camposestela.com -