



RECOLLIDA D'INFORMACIÓ PER ALUMNES AMB AL·LÈRGIES

Nom de l'alumne/a:.....

Data de naixement:.....

Telèfons de contacte:

1.pertany a:.....

2.pertany a:.....

3.pertany a:.....

Aliments i/o substàncies als quals l'alumne/a és al·lèrgic/a:

LLISTAT D'ALIMENTS i/o SUBSTÀNCIES	VIES D'ENTRADA (inhalació, contacte, ingesta)	TIPUS DE REACCIÓ (urticària a la pell, vòmits, desmai,dificultats respiratòries, pèrdua del coneixement, xoc anafilàctic,...)

Cal acompanyar aquest document amb un informe mèdic.

Signatura del pare, mare o tutor/a legal,

Besalú, dede 20