

**Institut Escola Salvador Vilarrasa**

Passeig Pare Pujula,29  
17850 Besalú  
Tel. 972 59 01 09  
[iebesalu@iebesalu.cat](mailto:iebesalu@iebesalu.cat)  
[www.iebesalu.cat](http://www.iebesalu.cat)

**AUTORITZACIÓ PEL CONSUM D'ALIMENTS**

En/na ..... amb DNI/ passaport/ NIE .....,

com a pare/mare o tutor/a de l'alumne/a .....

**SÍ**, autoritzo que el meu fill/a pugui consumir aliments en qualsevol de les activitats que es faran al centre (festes, tallers, jornades culturals...).

**NO**, no autoritzo.

En cas d'al·lèrgia o intolerància a algun aliment, indiqueu-la:

---

**Aquesta autorització serà vàlida per tota l'escolaritat. En cas de canvi cal que ho notifiqueu, per escrit, a la secretaria del centre.**

**Gràcies.**

Signatura del pare/mare o tutor/a.

Besalú, \_\_\_\_\_ d\_\_\_\_\_ del 20\_\_