



A l'atenció de les famílies:

Segons requeriment per part de l'administració educativa,
necessitem saber aquestes dades:

Nom de l'alumne:.....Curs:.....

- Pateix d'alguna malaltia crònica?.....
- en cas afirmatiu, quina?.....
- Pateix d'alguna alèrgia alimentària?.....
- Aliments
prohibits
- Pateix alèrgia d'algun medicament?.....
- Quin medicament?.....

Per favor, adjuntar els informes metges que justifiquen la
malaltia.

OBSERVACIONS:

.....
.....
.....

Signatura pare/mare

Nom.....

DNI/NIF.....

Estivella, setembre 2021.



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA D'EDUCACIÓ, CULTURA I ESPORT
CEIP EL BRAÇAL

CEIP EL BRAÇAL
46003925
Tel: 962617295 / fax: 962617296
Av Assagador,3
46590 ESTIVELLA
46003925@edu.gva.es