

**COMUNICACIÓ D'ALUMANT AMB
AL·LÈRGIES, INTOLERÀNCIES I/O MALALTIES
CRÒNIQUES**
**COMUNICACIÓN DE ALUMNADO CON
ALERGIAS, INTOLERANCIAS Y/O
ENFERMEDADES CRÓNICAS**

A complimentar només en el cas que existisca un **DIAGNÒSTIC MÈDIC** que indique que el xiquet/a pateix una **AL·LÈRGIA/INTOLERÀNCIA** que li obliga a seguir una dieta específica, o pateix una **MALALTIA CRÒNICA** que requereix algun tipus d'atenció sanitària concreta.

MOLT IMPORTANT: PER A PODER FACILITAR LA DIETA REQUERIDA O LA ATENCIÓ SANITÀRIA NECESSÀRIA, ES DEU:

- ✓ OMLIR ESTE DOCUMENT SIGNAT.
- ✓ PRESENTAR UN INFORME MÈDIC QUE DIAGNOSTIQUE L'AL·LÈRGIA, INTOLERÀNCIA I/O MALALTIA CRÒNICA I LA PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR.
- ✓ DOS FOTOGRAFIES ACTUALITZADES DE L'ALUMNE/A.

- NOM I COGNOMS DE L'ALUMNE/A: _____

- CURS ESCOLAR: _____ NIVELL/CURS: _____

- NOM DEL PARE/MARE/TUTOR-A: _____

- TELÈFONS DE CONTACTE: _____

A continuació, **ASSENYALAR** les al·lèrgies, intoleràncies o malalties cròniques patides:

AL·LÈRGIES/INTOLERÀNCIES		MALALTIES CRÒNIQUES	
	Gluten		Diabetis
	Lactosa		Epilèpsia
	Proteïna de llet de vaca (PLV)		Convulsions febrils
	Ou		Asma
	Peix		Altra/es malalties cròniques:
	Marisc		
	Fruites seques	<u>SIGNATURA PARE, MARE, TUTOR/A:</u>	
	Llegums i lleguminoses (inclosa soja)		
	Fruites		
	Pols		
	Insectes		
	Altra/es al·lèrgies o intoleràncies:		

En Albalat dels Sorells, a _____ de/d' _____ de 20_____.

**COMUNICACIÓ D'ALUMNAT AMB
AL·LÈRGIES, INTOLERÀNCIES I/O MALALTIES
CRÒNIQUES**
**COMUNICACIÓN DE ALUMNADO CON
ALERGIAS, INTOLERANCIAS Y/O
ENFERMEDADES CRÓNICAS**

A cumplimentar solo en el caso que exista un **DIAGNÓSTICO MÉDICO** que indique que el niño/a sufre una **ALERGIA/INTOLERANCIA** que le obliga a seguir una dieta específica, o sufre una **ENFERMEDAD CRÓNICA** que requiere algún tipo de atención sanitaria concreta.

MUY IMPORTANTE: PARA PODER FACILITAR LA DIETA REQUERIDA O LA ATENCIÓ SANITARIA NECESARIA, SE DEBE:

- ✓ RELLENAR ESTE DOCUMENTO FIRMADO.
- ✓ PRESENTAR UN INFORME MÉDICO QUE DIAGNOSTIQUE LA ALERGIA, INTOLERANCIA Y/O ENFERMEDAD CRÓNICA Y LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR.
- ✓ DOS FOTOGRAFÍAS ACTUALIZADAS DEL ALUMNO/A.

- NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO/A: _____

- CURSO ESCOLAR: _____ NIVEL/CURSO: _____

- NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR-A: _____

- TELÉFONOS DE CONTACTO: _____

A continuación, **SEÑALAR** las alergias, intolerancias o enfermedades crónicas sufridas:

ALERGIAS/INTOLERANCIAS		ENFERMADES CRÓNICAS	
	Gluten		Diabetes
	Lactosa		Epilepsia
	Proteína de leche de vaca (PLV)		Convulsiones febriles
	Huevo		Asma
	Pescado		Otra/s enfermedades crónicas:
	Marisco		
	Frutos secos	<u>FIRMA PADRE, MADRE, TUTOR/A:</u>	
	Legumbres i leguminosas (incluida soja)		
	Frutas		
	Polvo		
	Insectos		
	Otra/s alergias o intolerancias:		

En Albalat dels Sorells, a _____ de _____ de 20____.