

**ACTUALITZACIÓ D'INFORMACIÓ SANITÀRIA
ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA**

NOM I COGNOMS DE L'ALUMNA / DE L'ALUMNE:
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA ALUMNA / DEL ALUMNO:

CURS:
CURSO:

El vostre fill / la vostra filla té algun tipus d'al·lèrgia o intolerància alimentària? SI NO
¿Vuestro hijo / vuestra hija tiene algún tipo de intolerancia alimentaria?

A què?
¿A qué?

Pateix alguna malaltia ressenyable? SI NO
¿Sufre alguna enfermedad reseñable?

Quina?
¿Cual?

Necessita medicació? SI NO
¿Necesita medicación?

Quina?
¿Cual?

Si el vostre fill/a necessita que se li administre medicació durant la jornada escolar, heu d'adjuntar un certificat mèdic i el protocol d'administrament de la medicació.
Si teniu algun dubte, consulteu amb la tutora/el tutor o amb l'equip directiu.

*Si vuestro hijo/a necesita que se le administre medicación durante la jornada escolar, tenéis que adjuntar un certificado médico y el protocolo de administración de la medicación.
Si tenéis alguna duda, consultad con la tutora/el tutor o con el equipo directivo.*

Petrer, a _____ de _____ de _____

Signatura 1:

Signatura 2:

Nom i cognoms
Nombre y apellidos

Nom i cognoms
Nombre y apellidos