

MALALTIES CRÒNIQUES / AL·LÈRGIES

Dades de l'alumne/a

Nom:

Cognoms:

Curs:

El seu fill/a pateix alguna malaltia crònica?

- Sí
- No

En cas que el seu fill/a tingui alguna malaltia crònica (asma, diabetis,...) els agrairíem que ho escrivissin en aquest espai:

.....

Per tal que, en cas d'emergència, pogués ser atès adequadament.

El seu fill/a pateix alguna al·lèrgia?

- Sí
- No

Els agrairíem que ho escrivissin en aquest espai:

.....

En cas d'al·lèrgia alimentària cal presentar un certificat mèdic.

Signatura:

Olot, d... de 20.....