

SR/SRA. DIRECTOR/A
DEL COL·LEGI JARDÍ.

El/La Sr./Sra amb DNI
com a representant parental de

DECLARA

Que en/na.....**NO TÉ CAP AL·LÈRGIA
NI INTOLERÀNCIA CONEGUDA**

Que en data....., el doctor.....,
amb nº col·legiat..... ha diagnosticat la següent al·lèrgia al meu
fill/a:.....

Que acredita la diagnosi amb una copia testimoniada autèntica de la prescripció facultativa.

Que, tenint en compte el diagnòstic i a fi de prevenir possibles incidències en la salut d'en/na
....., cal prendre les
següents precaucions: (poseu-hi totes les indicacions que hagi fet constar el metge)

Que, en cas que es presenti una crisi, el facultatiu ha prescrit que s'administri al menor la dosi.....
del medicament, d'acord amb el contingut de la
copia testimoniada de la prescripció i el protocol d'actuació que acompanyem amb la present Instància

DEMANA,

- Que pregui les mesures adients per evitar el contacte del meu fill/a amb l'agent al·lèrgogen .
- Que, en substitució i per ordre del representant parental del menor, que signa el present document, en cas de contacte amb agent al·lèrgogen, administreu la medicació prescrita pel doctor..... consistent en a administrar

A el dia de de

El representant legal.

Us recordem que totes les dades que ens faciliteu en aquest document s'incorporaran a la Base de Dades del Centre, amb la finalitat de poder atendre-us correctament. Podeu accedir, rectificar, cancel·lar i oposar-vos a que tractem les vostres dades dirigint-vos a la secretaria de l'escola.