



Escola Gayarre

Consorti d'Educació
de Barcelona
Generalitat de Catalunya
Ajuntament de Barcelona

Al·lèrgies i intoleràncies alimentàries

En/Na [redacted] amb DNI [redacted],
pare/mare o tutor de l'alumne/a [redacted]
comunica les següents informacions a l'escola:

L'alumne/a es al·lèrgic a algun aliment? Sí No

Quin? [redacted]

(Cal aportar informe mèdic)

Autorització per administrar medicaments

En/Na [redacted] amb DN I: [redacted]
com a pare/mare o tutor/a legal de [redacted]
del curs [redacted], autoritzo al personal de l'escola Gayarre a que administri,
sota la meua responsabilitat, al meu fill/a el següent medicament:

NOM DEL MEDICAMENT: [redacted]

DOSI: [redacted] HORARI: [redacted]

DATA INICI: [redacted] DATA FINAL: [redacted]

(Cal adjuntar la recepta del metge i l'horari d'administració dels fàrmacs a aquesta autorització)

I per això signo aquest comunicat.

Barcelona, a [redacted] de [redacted] de [redacted].

Signatura

[redacted]