



SR/SRA. DIRECTOR/A
M^a Rosa Cuscó i Alberó
DE L'ESCOLA BALMES

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

DECLARA

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

Que en data....., el doctor....., amb n^o 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·lèrgic.
- Que, en substitució i per ordre del representant parental del menor, que signa el present document, en cas de contacte amb agent al·lèrgic, administreu la medicació prescrita pel doctor..... consistent en..... a administrar

A el día ... 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.