



Full de recollida d'informació per a alumnes amb al·lèrgia alimentària i/o al làtex

Dades personals

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a de l'alumne/a

Nom i cognoms de l'alumne/a amb al·lèrgia alimentària i/o al làtex

Informació d'al·lèrgia o intolerància alimentària

☐ Al·lèrgia ☐ Intolerància

De quin tipus d'al·lèrgia o intolerància es tracta?

☐ Per inhalació ☐ Contacte ☐ Ingesta

Si us plau, indiqueu marqueu si correspon:

Tota al·lèrgia o intolerància alimentària haurà d'estar documentada amb un certificat mèdic.

☐ Gluten ☐ Marisc ☐ Altres (si us plau, especifiqueu)
☐ Fruits Secs ☐ Ou
☐ Lactosa ☐ Peix
☐ Llegums ☐ Proteïna de la llet de vaca

Indiqueu quins aliments i/o derivats **NO** pot menjar:

Informació d'al·lèrgia o intolerància no alimentària

☐ Al·lèrgia ☐ Intolerància

De quin tipus d'al·lèrgia o intolerància es tracta?

☐ Per inhalació ☐ Contacte ☐ Ingesta

Si us plau, indiqueu marqueu si correspon:

Tota al·lèrgia o intolerància no alimentària haurà d'estar documentada amb un certificat mèdic.

☐ Àcars de la pols
☐ Animals Quins?
☐ Metalls Quins?
☐ Picadures d'insectes Quins?
☐ Pol·len De quines plantes?
☐ Altres

Sol·licitud i autorització d'administració de medicaments als alumnes amb al·lèrgies alimentàries i/o al làtex

Dades personals

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a de l'alumne/a

DNI, NIE o passaport

Nom i cognoms de l'alumne/a amb al·lèrgia alimentària i/o al làtex

Dades del centre educatiu

Nom

Codi

Adreça

Municipi

Codi postal

Sol·licito

Que el centre educatiu:

- ☐ tingui accessible l'autoinjector d'adrenalina perquè, en cas d'anafilaxi (crisi al·lèrgica greu), aquesta s'administri al meu fill/a per part del/de la professional del centre autoritzat, d'acord amb la prescripció mèdica.
- ☐ en cas de reacció al·lèrgica lleu o moderada, administri al meu fill/a la dosi de medicació prescrita i indicada a l'informe del metge/essa.

Autoritzo

L'administració d'adrenalina, antihistamínics i/o broncodilatadors al meu fill/a d'acord amb la pauta explicitada en l'informe adjunt del metge/essa.

Lloc i data

Signatura del pare, mare o tutor/a

En compliment del que preveu l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades personals que proporcioneu s'incorporaran i es tractaran en el fitxer "Alumnat de centres educatius dependents del Departament d'Ensenyament", del qual és responsable la direcció del centre educatiu. La finalitat del fitxer és gestionar l'acció educativa, l'orientació acadèmica i professional, l'acció tutorial i de comunicació amb les famílies, l'avaluació objectiva del rendiment escolar, el compromís dels alumnes i les famílies en el procés educatiu i l'accés als serveis digitals i telemàtics orientats a millorar el desenvolupament de l'activitat. Teniu dret a accedir, rectificar i cancel·lar les vostres dades i oposar-vos-en al tractament, en les condicions fixades en la normativa vigent. Per exercir aquests drets heu d'adreçar un escrit a la direcció del centre educatiu, l'adreça del qual consta en aquesta sol·licitud.

Aquest document serà vàlid durant tota l'escolarització de l'alumne/a al centre.

Cal que renoveu anualment la medicació que lliureu al centre.

Espai reservat al centre educatiu

Nom del CAP més pròxim al centre educatiu

Adreça del CAP

Nom i adreça del centre hospitalari més pròxim

Municipi

Direcció del centre educatiu

Comunicació de l'escolarització d'un infant amb al·lèrgia alimentària i/o al làtex al centre d'atenció primària (CAP)

Dades de l'alumne

Nom i cognoms	Data de naixement	Targeta sanitària (codi d'identificació personal, CIP)
---------------	-------------------	--

Dades mèdiques

Data de diagnosi de l'al·lèrgia

Tractament prescrit

Nom de l'hospital o centre que controla l'alumne/a

Nom i cognoms del metge/essa responsable

Nom i cognoms de l'infermer/a responsable

Horari de contacte

Telèfon

Dades del centre educatiu

Nom	Codi
-----	------

Adreça	Telèfon
--------	---------

Municipi	Codi postal
----------	-------------

Nom i cognoms del/de la professional del centre referent de l'infant en el centre educatiu	Telèfon
--	---------

Lloc i data

Signatura del/de la director/a del centre educatiu

Pautes d'actuació en cas de reacció al·lèrgica

Dades de l'alumne/a

Nom i cognoms	Data de naixement	Targeta sanitària (codi d'identificació personal, CIP)
---------------	-------------------	--

Professional del centre responsable d'administrar medicació

Nom i cognoms	Aula	Telèfon
---------------	------	---------

Al·lèrgies

Medicació prescrita

Síntomes i actuació

Telèfons d'emergència

112 Emergències	061 CatSalut Respon
-----------------	---------------------

Telèfons d'avís a la família
