**FITXA D’AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES**

|  |
| --- |
| **DADES PERSONALS** |
| Nom i Cognoms |  |
| Data de naixement |  |
| Adreça |  |
| Població |  | Telèfon |  |
| Nom de la mare |  | Telèfon |  |
| Nom del pare |  | Telèfon |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓ D’AL·LÈRGIA O INTOLERÀNCIA ALIMENTÀRIA** |
| ***Tota al·lèrgia o intolerància alimentària haurà d’estar documentada amb un certificat mèdic*** |
|[ ]  AL·LÈRGIA |[ ]  INTOLERÀNCIA |
| *De quin tipus d’al·lèrgia es tracta?* |
|[ ]  Ingesta |[ ]  Contacte |[ ]  Ambiental |
| TIPIFICADES | ALTRES |
|[ ]  Gluten |[ ]   |
|[ ]  Fruits Secs |[ ]   |
|[ ]  Lactosa |[ ]   |
|[ ]  Ou |[ ]   |
|[ ]  Peix |[ ]   |
|[ ]  Llegums |[ ]   |
|[ ]  Marisc |[ ]   |
|[ ]  Proteïna de llet de vaca |[ ]   |
| Indiqueu quins aliments i/o derivats **NO pot menjar** |
|  |

*Signatura del pare/mare/tutor/a:*

|  |
| --- |
| **PROTOCOL D’ACTUACIÓ EN CAS D’EMERGÈNCIA** |
| Quina reacció fa l’al·lèrgia quan la pateix? (urticària, granets, picor, asfixia,...) |
|  |
| Quin temps de reacció hi ha si es produeix una ingesta o contacte accidental? |
|  |
| Quines actuacions cal seguir en cas d’ingesta o contacte accidental? |
|  |
| Qui serà responsable de dur a terme aquestes actuacions? |
| Nom i Cognoms |  | DNI |  |
| Nom i Cognoms |  | DNI |  |
| Nom i Cognoms |  | DNI |  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓ ADJUNTA** |
|[ ]  Certificat mèdic acreditatiu de l’al·lèrgia o intolerància |
|[ ]  Instruccions mèdiques referents a l’al·lèrgia o intolerància |
|[ ]  Instruccions mèdiques referents a l’administració i conservació de medicaments |
|[ ]  Pla d’actuació en cas de reacció al·lèrgica amb definició de responsable |
|[ ]  Autorització al responsable del Pla d’actuació per a executar-lo |
|[ ]   |
|[ ]   |
|[ ]   |

|  |
| --- |
| Altres aspectes relacionats amb l’al·lèrgia o intolerància alimentària que cal que tinguem encompte: |
|  |

*Signatura del pare/mare/tutor/a:*

Per la present, ................................................................................... amb DNI nº .......................... com a PARE/MARE/TUTOR certifico que el meu fill/a que estudiarà ....... curs d’EI / EP/ ESO, pateix .............................................. al/a la ..................................................................................... i per tant precisa d’una dieta adaptada a la mateixa. Aquest document va acompanyat del certificat metge en el qual es certifica el trastorn alimentari i es defineixen les pautes d’alimentació associades al mateix, així com del protocol de les accions a executar en cas d’emergència.

En cas que el meu fill pateixi una reacció al·lèrgica autoritzo a:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | amb DNI |  |
|  | amb DNI |  |
|  | amb DNI |  |
|  | amb DNI |  |

com a responsables a administrar-li els medicaments següents i en última instància al personal de l’escola.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Medicament | Dosi | Freqüència | Conservar en fred? | Notes |
|  |  |  |[ ]   |
|  |  |  |[ ]   |
|  |  |  |[ ]   |
|  |  |  |[ ]   |
|  |  |  |[ ]   |

Si els medicaments s’han de conservar en fred s’entregaran al personal del centre en una caixa tancada i identificada amb el nom de l’alumne/a. El personal la guardarà a la cambra frigorífica i sempre entregarà la caixa en la seva totalitat.

Per la present el responsable resta igualment autoritzat a traslladar al nen/a al centre mèdic corresponent preferentment mitjançant transport sanitari autoritzat en cas que ho consideri oportú.

El personal del centre queda expressament exonerat de qualsevol conseqüència o repercussió legal que es pugui derivar de l’administració dels medicaments a l’alumne/a o del seu trasllat a un centre mèdic.

I per que així consti ho signo:

A Santa Perpètua de Mogoda, el ......... de/d’........................... de 2019