

INTOLERÀNCIES / AL·LÈRGIES ALIMENTÀRIES O ALTRES.

NOM ALUMNE:	
TUTOR:	
TIPUS D'AL·LÈRGIA:	
POSSIBLES REACCIONS:	
MESURES DE CONTROL A CASA:	
PROTOCOL MÈDIC:	
MENJADOR ESCOLAR:	
MATERIAL ESCOLAR:	
Observacions	