

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SANITARIA, ALERXIAS E INTOLERANCIAS

CURSO ACADÉMICO 2023 / 2024

Don / Dona
con D.N.I. nº
en calidade de *(rodéese)* **nai / pai / titor(a) legal**
do/a alumno/a
do nivel educativo *(rodéese)* **4º, 5º, 6º** de Educación Infantil;
1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º de Educación Primaria;

PATOLOXÍAS (sinálese cun X):

*ALERXIA *INTOLERANCIA DIABETES/HIPOGLUCEMIA
EPILEPSIA SHOCK ANAFILÁCTICO ASMA *OUTROS
**especificar na páx. 2 deste documento.*

(En caso de resposta afirmativa nalgún dos casos aquilo que considere oportuno) OBSERVACIÓNS:

Declaro que son certos os datos reflectidos neste formulario e autorizo expresamente que unha copia do mesmo quede custodiada no centro escolar e sexa empregada polo persoal dependente do mesmo para o cumprimento dos fins do programa de ALERTA MÉDICA, de acordo co disposto polo Consello Escolar do propio centro.

De ser o caso, facilitarei os correspondentes informes médicos e todas as instrucións e indicacións que fosen precisas.

Comunico -e achego a documentación xustificativa (no caso de marcar "SI")- das seguintes alerxias do/a referido/a neno/a:

- **Alerxias animais:** SI NON
- **Alerxias ambientais:** SI NON

(En caso de resposta afirmativa nalgún dos casos aquilo que considere oportuno) OBSERVACIÓNS:

(En caso de resposta afirmativa nalgúns dos dous casos seguintes, cubra a táboa seguinte, indicando cun "X" o alérxeno correspondente, así como os sucesivos apartados)

- **Alerxias a alimentos:** SI NON
- **Intolerancias a alimentos:** SI NON

ALÉRXENO <i>(Regulamento -UE- n° 1169/2011)</i>	<i>(MARCAR "X" DE SER O CASO)</i>	OBSERVACIÓNS <i>(indicar se é intolerancia ou alerxia, se é só alerxia á ingestión e/ou ao contacto, etc.)</i>
Glute		
Crustáceos		
Ovo		
Peixe		
Cacahuete		
Soia		
Lácteos		
Froitas de cáscara		
Apio		
Mostaza		
Grans de sésamo		
Dióxido de xofre e sulfitos		
Moluscos		
Altramuces		
OUTROS:		

Outras consideracións a ter en conta cos alimentos a inxerir polo/a menor:

Documentación que se achega xunto á presente comunicación:

Informe médico: SI NON

Protocolo de actuación: SI NON

En Cesuras, a _____ de _____ de 20__

Asdo.: