

**DECLARACIÓ DE SALUT FETA PELS LEGALS REPRESENTANTS DELS ALUMNES A LA  
DIRECCIÓ PEDAGÒGICA DE L'ESCOLA  
CURS \_\_\_\_\_**

**Sr. Director del col·legi Sant Ramon de Penyafort**

El/La Sr./Sra. \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_, domicili a \_\_\_\_\_  
correu electrònic \_\_\_\_\_, representant legal de l'alumne/a  
\_\_\_\_\_, que fa el curs de: \_\_\_\_\_

**DECLARA**

**Que el meu fill/a \_\_\_\_\_ NO TÉ CAP AL·LÈRGIA, MALALTIA,  
NI INTOLERÀNCIA CONEGUDA.**

**1.-** Que en data \_\_\_\_\_, el doctor \_\_\_\_\_, nº col·legiat \_\_\_\_\_  
**ha diagnosticat** al meu fill/a \_\_\_\_\_ la següent al·lèrgia/malaltia:  
\_\_\_\_\_

**2.- Que acredita la diagnosi** amb una copia testimoniada autèntica de la prescripció facultativa.

**3.-** Que, tenint en compte el diagnòstic i a fi de prevenir possibles incidències en la salut del meu fill/a \_\_\_\_\_, **cal prendre les següents precaucions:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(poseu-hi totes les indicacions que hagi fet constar el metge). Si el Dr. ha posat per escrit totes les precaucions que cal tenir, POSEU: "S'adjunta l'informe de data... avui vigent"*

**4.-** 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 s'acompanya. *(en cas que el metge n'hagi redactat algun)*

---

**DEMANO A LA DIRECCIÓ PEDAGÒGICA:**

- **Que en cas d'emergència**, es prestin al/la meu/va fill/a els primers auxilis i es procedeixi com ha previst el metge.
- **Que en cas imprevist**, es posi al/la meu/va fill/a a disposició del personal sanitari més proper o amb qui sigui més efectiu per a rebre instruccions.
- **Si escau, que prenguin totes les mesures que calguin** per a evitar el contacte del meu fill/a amb l'agent al·lèrgic .
- **Que, en substitució i per ordre del representant legal del menor**, en cas de contacte amb agent al·lèrgic, accident, o d'emergència, administreu la medicació prescrita pel doctor \_\_\_\_\_ en data \_\_\_\_\_
- **Que, en qualsevol cas**, tan bon punt sigui possible, se m'informi de totes les incidències i de les mesures aplicades per qualsevol conducte i, en cas de que no em pugueu trobar, envieu un correu a \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

**Signatura del Representant Legal**