

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

El/La Sr./Sra. _____, DNI _____, representant legal de
l'alumne/a _____, que fa el curs de: _____

DECLARA

Que l'alumne/a **NO TÉ CAP AL·LÈRGIA, MALALTIA, NI INTOLERÀNCIA
CONEGUDA.**

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

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:**

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

En Vilafranca del Penedès, a _____ de _____ de 20__

Signatura del Representant Legal