

**SOL·LICITUD DE DIETA especial per alumnes amb al·lèrgia**

Nom i cognoms de l'alumne/a \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

Tipus d'al·lèrgia que pateix (adjuntar informe mèdic) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aliments que no pot menjar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signat:

En/Na \_\_\_\_\_

Com a mare/pare/tutor/a i amb DNI \_\_\_\_\_

Signatura:

Riudoms, a \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de 20\_\_

En cas d'al·lèrgia severa s'ha de seguir el protocol indicat a l'informe del servei de menjador.