



CENTRE EDUCATIU _____

4 - Servei de menjador. Medicació - Curs 20__ / __

Alumne/a _____

Servei de menjador		
Precisa utilitzar el servei de menjador?	sí	no
Té al·lèrgia a algun tipus d'aliment?	sí	no
Necessita seguir algun règim alimentari especial?	sí	no
Medicació		
Pren algun tipus de medicació continuada?	sí	no
Té intolerància vers algun medicament o component?	sí	no

El pare, mare o tutor/a de l'alumne/a
(nom, cognom i signatura)

Aquest full s'ha de retornar signat al centre educatiu

4 - خدمة صالة الطعام - العلاج الدوائي - العام الدراسي: 20__ / __

التلميذ/ التلميذة: _____

خدمة صالة الطعام		
لا	نعم	يحتاج إلى استخدام صالة الطعام ؟
لا	نعم	هل لديه حساسية لنوع ما من الأطعمة ؟
لا	نعم	هل يتبع نظام تغذية خاص ؟
العلاج الدوائي		
لا	نعم	هل يتعاطى أي دواء بشكل مستمر ؟
لا	نعم	هل لديه عدم تقبل لنوع من الأدوية أو المكونات ؟

والد أو والدة أو الوصي على التلميذ /التلميذة.
(الاسم واللقب والتوقيع)

يجب إعادة هذه الورقة إلى المركز بعد توقيعها.