



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 - **Serviço de sala de jantar. Medicação** - Curso 20__ / __

Aluno/a _____

Serviço de comedor		
Precisa utilizar o serviço de sala de jantar?	sim	não
Tem alergia a algum tipo de alimento?	sim	não
Necessita seguir algum regime alimentário especial?	sim	não
Medicação		
Toma algum tipo de medicação continuada?	Sim	não
Tem intolerância por algum medicamento ou componente?	sim	não

O pai, mãe ou tutor/a do aluno/a
(nome, apelido e assinatura)

Esta folha deve ser retornado assinado ao centro educativo