

## FORMULARI PER A LA PREVENCIÓ D'INCIDÈNCIES PER AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES

---

### Dades del/la persona amb al·lèrgia i/o intolerància alimentària

---

Nom \_\_\_\_\_ Primer cognom \_\_\_\_\_ Segon cognom \_\_\_\_\_

Data de naixement \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_  
 HOME  DONA

### Dades de la persona de contacte en cas d'emergència

---

Nom \_\_\_\_\_ Primer cognom \_\_\_\_\_ Segon cognom \_\_\_\_\_

DNI/NIE/Passaport \_\_\_\_\_ Relació parental amb el/la participant \_\_\_\_\_  
 PARE  MARE  TUTOR/A LEGAL

Telèfon fix \_\_\_\_\_ Telèfon mòbil \_\_\_\_\_

Adreça electrònica \_\_\_\_\_

---

### Informació sobre al·lèrgia o intolerància alimentària

---

Tota al·lèrgia o intolerància alimentària haurà d'estar documentada amb un certificat mèdic.

Al·lèrgia  Intolerància

De quin tipus d'al·lèrgia es tracta?

Per inhalació  Per contacte  Per ingesta

#### TIPIFICADES

- Gluten
- Fruits secs
- Lactosa
- Llegums
- Marisc
- Ou
- Peix
- Proteïna de la llet de vaca

#### ALTRES

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

Indiqueu quins aliments i/o derivats **NO** pot menjar:

### Medicaments a administrar en cas de reacció al·lèrgica

Medicament	Dosi	Freqüència	Conservar en fred	Observacions

### Informació sobre dietes recomanables o obligatòries que ha de seguir

- Recomanable seguir  Obligatòria seguir

- Vegana  Jueva  
 Vegetariana  Sense lactosa  
 Ovolactovegetariana  Celíaca  
 Musulmana  Altres: \_\_\_\_\_

Que consisteix en: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Població \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signatura)