

## **AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ D'UNA DIETA ESPECÍFICA PER INTOLERÀNCIA ALIMENTÍCIA ALS ALUMNES**

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

com a pare, mare o tutor/a de l'alumne/a \_\_\_\_\_

de la classe \_\_\_\_\_, autoritzo i demano,

sota la meva responsabilitat, que el personal del centre docent doni al

meu fill/a **UNA DIETA ESPECÍFICA PER INTOLERÀNCIA AL/ALS**

**SEGÜENTS ALIMENTS** \_\_\_\_\_

i adjunto el certificat o informe mèdic a on consta el diagnòstic d'aquesta intolerància.

El centre queda totalment exclòs de responsabilitats pels efectes que aquesta dieta pugui ocasionar.

Signatura:

DNI:

data: ..... de ..... de .....

**Nota: Sense la presentació d'aquesta autorització, degudament complimentada, i la recepta o fotocòpia de l'informe del metge o metgessa on hi consti el nom de l'alumne/a, el centre no administrarà cap dieta per intolerància.**