

SR/SRA. DIRECTOR/A

El/La Sr./Sra , amb DNI com a representant legal de
..... ,

DECLARA

☐ Que en/na..... **NO TÉ CAP AL·LÈRGIA, INTOLERÀNCIA,
NI MALALTIA CONEGUDA**

☐ 1.- Que en data....., el doctor....., amb nº
col·legiat..... ha diagnosticat la següent al·lèrgia/intolerància/malaltia al/la meu/va
fill/a:.....

2.- Que acredita la diagnosi amb una copia testimoniada autèntica de la prescripció facultativa.

3.- Que, tenint en compte el diagnòstic i a fi de prevenir possibles incidències en la salut
d'en/na....., cal prendre les següents precaucions: **(poseu-hi totes les indicacions que
hagi fet constar el metge)**

.....
.....
.....

4.- Que, en cas que es presenti una crisi, el facultatiu ha prescrit que s'administri al menor la
dosi..... del medicament , d'acord amb
el contingut de la copia testimoniada de la prescripció i el protocol d'actuació que acompanyem
amb la present Instància i, en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa de
l'administració prescrita, se'n fa l'únic responsable.

DEMANA:

- Que en cas d'emergència, es procedeixi com ha previst el metge. En cas imprevist, es posi al/la
meu/va fill/a a disposició del personal sanitari més proper o amb el més efectiu per a rebre
instruccions.

- Que pregui les mesures adients per evitar el contacte del meu fill/a amb l'agent perjudicial.

- Que, en substitució i per ordre del representant parental del menor, que signa el present
document, en cas de contacte amb agent al·lergogen, o d'emergència, administreu la medicació
prescrita pel doctor..... consistent en..... a administrar

- Que, en qualsevol cas, se m'informi de les incidències i de les mesures aplicades tan bon punt
sigui possible.

A el dia ... de de

Sgt. Representant legal.