



SOL·LICITUD DE DIETES ESPECÍFIQUES

Benvolguts i benvolgudes famílies, ompliu les dades que teniu a continuació només si el vostre fill/a té necessitat de seguir algun tipus de dieta específica durant tot el curs escolar. Un cop omplert, lliureu l'impres a la Direcció del Centre.

Per poder facilitar la dieta que necessita l'infant és obligatori entregar el document omplert amb la foto de l'infant i el certificat mèdic, referent al tipus d'intolerància o al·lèrgia i la dieta que ha de seguir.

Escola Bergantí

Nom i cognoms de l'infant: _____

Curs: _____

Nom del pare, mare o tutor legal: _____

Telèfons de contacte: _____ o _____ o _____

Quin tipus de dieta necessita?

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Celíaca (sense gluten) | <input type="checkbox"/> Sense lactosa | <input type="checkbox"/> Sense ou |
| <input type="checkbox"/> Sense Colesterol | <input type="checkbox"/> Diabètica | <input type="checkbox"/> Sense Sal |
| <input type="checkbox"/> Altres: _____ | | |

Observacions a tenir en consideració:

Signatura del pare, mare o tutor legal:

* Recordeu que aquest document no té validesa sense el certificat mèdic