

 G CONSELLERIA O EDUCACIÓ I FORMACIÓ B PROFESSIONAL	Annex 7: AL·LÈRGIES I MEDICAMENTS	
---	---	---

ALUMNE/A: _____

Marcau si el vostre fill/a té alguna d'aquestes malalties:

	Al·lèrgia alimentària
	Epilèpsia
	Cardiopatia
	Diabetis
	Asma
	Xoc anafilàctic
	Altres:

Santanyí, _____ de _____ de _____

Signatura pare

Signatura mare