



## FORMULARI DE NECESSITATS ALIMENTÀRIES

Intoleràncies, al·lèrgies, religió o estil de vida.

Nom alumne/a: \_\_\_\_\_ Curs \_\_\_\_\_

Nom metge/ssa: \_\_\_\_\_ N° Col·legiat: \_\_\_\_\_

Especialitat: \_\_\_\_\_

Data inici tractament: \_\_\_\_\_ Pròxima revisió: \_\_\_\_\_

Data revisió o final tractament: \_\_\_\_\_

Intoleràncies, al·lèrgies, religió o estil de vida: \_\_\_\_\_

Descripció de la dieta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En cas d'ingerir un aliment inadequat, què cal fer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signatura i segell del metge:

Signatura del pare/mare/tutor/a:



escolamatagalls  
ampamatagalls