



FORMULARI D'INTOLERÀNCIES I/O AL·LÈRGIES

Nom alumne/a: _____ Nivell: _____

Nom metge : _____

Especialitat: _____ N° Col·legiat: _____

Data d'inici del tractament: _____

Data de la propera revisió o del final del tractament: _____

Intolerància i/o al·lèrgia : _____

Descripció de la dieta: _____

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

Signatura i segell del metge:

