



FORMULARI D'AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES

DADES PERSONALS

Nom	Primer cognom	Segon cognom
_____	_____	_____
Data de naixement	Sexe	Núm. Catsalut (TSI) / Mútua
_____	<input type="checkbox"/> DONA <input type="checkbox"/> HOME	_____

Tota al·lèrgia o intolerància alimentària haurà d'estar documentada amb un certificat mèdic

Al·lèrgia Intolerància

De quin tipus d'al·lèrgia o intolerància es tracta?

Per inhalació Per contacte Per ingesta

TIPIFICADES

- Gluten
- Fruits secs
- Lactosa
- Llegums
- Marisc
- Ou
- Peix
- Proteïna de la llet de vaca

ALTRES (Si us plau, especifiqueu)

INFORMACIÓ ADDICIONAL

Indiqueu quins aliments i/o derivats NO pot menjar:

Quina reacció provoca l'al·lèrgia (urticària, granets, picor, asfíxia...) i quines actuacions cal seguir en cas d'ingesta accidental?

TRACTAMENT DE DADES

Responsable _____ Nou Patufet, SCCL.

Finalitat Formalització de les inscripcions al Casal d'Estiu, seguiment del casal i participació en les activitats que s'hi organitzin, promoció d'activitats del campus relacionades amb el lleure i l'estiu i enviament d'informació relacionada.

Legitimació _____ Consentiment de l'interessat

Destinatari _____ No es cediran dades a tercers, excepte obligació legal.

Termini Mentre es mantingui la participació en l'activitat i mentre subsisteixin les obligacions legals i fiscals.

Drets Accedir, rectificar cancel·lar i suprimir les dades enviant un correu a secretaria@noupatufet.coop

Nom i cognoms _____ Data _____

DNI/NIE/Passaport _____ Signatura _____



FORMULARI D'AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES NO ALIMENTÀRIES

DADES PERSONALS

Nom	Primer cognom	Segon cognom
_____	_____	_____
Data de naixement	Sexe	Núm. Catsalut (TSI) / Mútua
_____	<input type="checkbox"/> DONA <input type="checkbox"/> HOME	_____

Tota al·lèrgia o intolerància no alimentària haurà d'estar documentada amb un certificat mèdic

Al·lèrgia Intolerància

De quin tipus d'al·lèrgia o intolerància es tracta?

Per inhalació Per contacte Per ingesta

TIPIFICADES

<input type="checkbox"/> Pol·len	De quines plantes?	_____
<input type="checkbox"/> Àcars de la pols		
<input type="checkbox"/> Picadures d'insectes	Quins?	_____
<input type="checkbox"/> Animals	Quins?	_____
<input type="checkbox"/> Metall	Quins?	_____
<input type="checkbox"/> Altres	Quins?	_____

INFORMACIÓ ADDICIONAL

Medicament a administrar en cas de reacció al·lèrgica

Medicament: _____

Dosi: _____

Freqüència: _____

Conservar en fred? _____

Observacions: _____

Quina reacció provoca l'al·lèrgia (urticària, granets, picor, asfíxia...) i quines actuacions cal seguir en cas de contacte accidental?

TRACTAMENT DE DADES

Responsable _____ Nou Patufet, SCCL.

Finalitat Formalització de les inscripcions al Casal d'Estiu, seguiment del casal i participació en les activitats que s'hi organitzin, promoció d'activitats del campus relacionades amb el lleure i l'estiu i enviament d'informació relacionada.

Legitimació _____ Consentiment de l'interessat

Destinatari _____ No es cediran dades a tercers, excepte obligació legal.

Termini Mentre es mantingui la participació en l'activitat i mentre subsisteixin les obligacions legals i fiscals.

Drets Accedir, rectificar cancel·lar i suprimir les dades enviant un correu a secretaria@noupatufet.coop

Nom i cognoms _____ Data _____

DNI/NIE/Passaport _____ Signatura