



El/La Sr./Sra \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_  
com a representant parental de \_\_\_\_\_,

**DECLARA**

Que en/na \_\_\_\_\_ **NO TÉ CAP AL·LÈRGIA  
NI INTOLERÀNCIA CONEGUDA**

1.- Que en data \_\_\_\_\_, el doctor \_\_\_\_\_, amb nº col·legiat  
\_\_\_\_\_ ha diagnosticat la següent al·lèrgia/intolerància/malaltia al meu fill/a.

2.- Que acredita la diagnosi amb una còpia testimoniada autèntica de la prescripció facultativa.

3.- Que, tenint en compte el diagnòstic i a fi de prevenir possibles incidències en la salut d'en/na  
\_\_\_\_\_, cal prendre les  
següents precaucions: (posar-hi totes les indicacions que hagi fet constar el metge)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.- Que, en cas que es presenti una crisi, el facultatiu ha prescrit que s'administri al menor la dosi  
\_\_\_\_\_ del medicament \_\_\_\_\_, d'acord amb el contingut de la còpia  
testimoniada de la prescripció i el protocol d'actuació que acompanyem amb la present Instància i, en  
cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa de l'administració prescrita, se'n fa l'únic  
responsable.

**DEMANA,**

Que en cas d'emergència, es procedeixi com ha previst el metge. En cas imprevist, es posi al/la meu/va  
fill/a a disposició del personal sanitari més proper o amb el més efectiu per a rebre instruccions.

Que pregui les mesures adients per evitar el contacte del meu fill/a amb l'agent al·lèrgic.

Que, en substitució i per ordre del representant parental del menor, que signa el present document, en  
cas de contacte amb agent al·lèrgic, o d'emergència, administreu la medicació prescrita pel doctor  
\_\_\_\_\_ consistent en \_\_\_\_\_ a administrar \_\_\_\_\_

Que, en qualsevol cas, se m'informi de les incidències i de les mesures aplicades tan bon punt sigui  
possible.

A \_\_\_\_\_ el dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

**El/la representant legal**

**Protecció de dades**