

## **COMUNICACIÓ D'AL·LÈRGIES**

Indiqueu si el vostre fill/a té al·lèrgies alimentàries, ambientals o de medicaments i si ha de prendre medicació prescrita pel metge/essa.

Heu de portar l'informe mèdic on consten aquestes al·lèrgies i la recepta si s'escau. En cas que hagi de prendre alguna medicació, caldrà portar-la al centre.

**NOM DE L'ALUMNE I COGNOMS:** \_\_\_\_\_

**CURS:** \_\_\_\_\_

**TÉ AL·LÈRGIES i/o INTOLERÀNCIES?**

<input type="checkbox"/>	<b>SÍ EN TÉ</b>
<input type="checkbox"/>	<b>NO EN TÉ</b>

**En cas d'haver contestat SÍ:**

**QUINES?**

**TRACTAMENT:**

**OBSERVACIONS:**

**Informació bàsica sobre protecció de dades**

**Responsable del tractament:** Escola Baldiri Reixac

**Finalitat:** Gestionar l'acció educativa, l'orientació acadèmica i professional, l'acció tutorial i de comunicació amb les famílies, l'avaluació objectiva del rendiment escolar, el compromís de l'alumnat i llurs famílies en el procés educatiu i l'accés als serveis digitals i telemàtics facilitats pel Departament o propis del centre..

**Legitimació:** Missió realitzada en interès públic

**Destinataris:** No es fan cessions.

**Drets:** Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, supressió, limitació o oposició al tractament i portabilitat mitjançant un escrit adreçat al centre educatiu (C/ Olot s/n 08024 Barcelona),

o bé mitjançant un correu electrònic dirigit a a8002174@xtec.cat. +info [www.baldirireixac.cat](http://www.baldirireixac.cat)

**Informació addicional:** +info [www.baldirireixac.cat](http://www.baldirireixac.cat)