

JUSTIFICANT DIETES ESPECIALS – SERVEI DE MENJADOR

NOM ALUMNA/E.....CURS.....

AL·LÈRGIA A:

.....

INTOLERÀNCIA A:

.....

DIETA ESPECIAL DE:.....

.....

NO POT MENJAR:

.....

.....

.....

.....

.....

ADJUNTAR INFORME MÈDIC.

Signat

Canovelles,de.....de 20