

## AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ D'UNA DIETA ESPECÍFICA PER INTOLERÀNCIA ALIMENTÍCIA

En/Na \_\_\_\_\_

com a pare, mare o tutor/a de l'alumne/a \_\_\_\_\_

de la classe \_\_\_\_\_, autoritzo i demano,

sota la meva responsabilitat, que el personal del centre docent

doni al meu fill/a **UNA DIETA ESPECÍFICA PER INTOLERÀNCIA**

**AL/ALS SEGÜENTS ALIMENTS**

i adjunto el certificat o informe mèdic on consta el diagnòstic  
d'aquesta intolerància.

El centre queda totalment exclòs de responsabilitats pels efectes que  
aquesta dieta pugui ocasionar.

Signatura:

DNI:

data: ..... de ..... de .....

**Nota:** Sense la presentació d'aquesta autorització, degudament complimentada, i la recepta o fotocòpia de l'informe del metge o metgessa on hi consti el nom de l'alumne/a, el centre no administrarà cap dieta per intolerància.

---

### Informació bàsica sobre protecció de dades de caràcter personal

**Responsable:** FUNDACIÓ JÚLIA CASTELLS

**Finalitat:** Gestió de la relació amb els alumnes i els seus representants legals.

**Legitimació:** Execució del contracte de prestació de docència. Normativa Educativa Bàsica.

**Destinataris:** Les dades no es cediran a cap tercer, tret d'obligació legal.

**Drets:** Pot accedir, rectificar o suprimir les dades, així com exercir els drets que s'esmenten en la nostra Política de Privadesa.

**Informació addicional:** Per a més informació, consulteu la Política de Privadesa que trobareu a la nostra pàgina web [peterpan.cat](http://peterpan.cat)

---