Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament

CENTRE EDUCATIU _____

4 - <u>Servei de menjador. Medicació</u> - Curs 20___/___

Alumne/a _____

Servei de menjador		
Precisa utilitzar el servei de menjador?	**sí**	**no**
Té al·lèrgia a algun tipus d'aliment?	**sí**	**no**
Necessita seguir algun règim alimentari especial?	**sí**	**no**
Medicació		
Pren algun tipus de medicació continuada?	**sí**	**no**
Té intolerància vers algun medicament o component?	**sí**	**no**

El pare, mare o tutor/a de l'alumne/a
(nom, cognom i signatura)

<u>Aquest full s'ha de retornar signat al centre educatiu</u>

4 - <u>Wattu Agñe - Dielu Grab</u> - Diang 20___/___

Talibe _____

WATTU AGÑE		
Sudee halei-bi dina agñe ci daara-bi	**waw**	**Deedet**
Diefe-diefe ci yen lëk-ñi	**waw**	**Deedet**
Lëk bu guënal halei-bi	**waw**	**Deedet**
DIELU GRAB		
Bude amna grab bu mui diël	**waw**	**Deedet**
Bude diël grab nëkh-nako	**waw**	**Deedet**

Baye, yaye wala khalifa halei-bi
(dafa wara siñe)

<u>Kaitu-bi daf ko wara siñe i del-loko ci daara-bi</u>