

## FORMULARI PER A LA PREVENCIÓ D'INCIDÈNCIES PER AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES

Alberg: \_\_\_\_\_

Dates: \_\_\_\_\_

D'acord amb el Protocol d'al·lèrgies i intoleràncies alimentàries de l'Agència Catalana de la Joventut, cal omplir i signar aquest formulari amb lletra majúscula i fer-lo arribar a l'alberg on es realitza l'estada.

### Dades del/la persona amb al·lèrgia i/o intolerància alimentària

Nom	Primer cognom	Segon cognom
_____		
Data de naixement	Sexe:	
_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	

### Dades de la persona de contacte en cas d'emergència

Nom	Primer cognom	Segon cognom
_____		
DNI/NIE/Passaport	Relació parental amb el/la participant	
_____	<input type="checkbox"/> Pare <input type="checkbox"/> Mare <input type="checkbox"/> Tutor/a legal	
Telèfon fix	Telèfon mòbil	
_____	_____	
Adreça electrònica		
_____		

### Informació sobre al·lèrgia o intolerància alimentària

**Tota al·lèrgia o intolerància alimentària haurà d'estar documentada amb un certificat mèdic.**

Al·lèrgia  Intolerància

De quin tipus d'al·lèrgia es tracta?

Per inhalació  Contacte  Ingesta

#### TIPIFICADES

#### ALTRES (Si us plau, especifiqueu)

Gluten	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Fruits Secs	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Lactosa	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Llegums	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Marisc	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Ou	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Peix	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Proteïna de la llet de vaca	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Indiqueu quins aliments i/o derivats **NO** pot menjar:

**Declaro:**

Que les dades consignades en aquest formulari i la documentació que s'adjunta son certes, i que estic obligat/obligada a comunicar a l'Agència Catalana de la Joventut qualsevol variació que pogués produir-se d'ara endavant.

**Informació d'al·lèrgia o intolerància no alimentària**

**Tota al·lèrgia o intolerància no alimentària haurà d'estar documentada amb un certificat mèdic.**

Al·lèrgia  Intolerància

De quin tipus d'al·lèrgia es tracta?

Per inhalació  Contacte  Ingesta

Pol·len	<input type="checkbox"/>	De quines plantes?	_____
Àcars de la pols	<input type="checkbox"/>		_____
Picadures d'insectes	<input type="checkbox"/>	Quins?	_____
Animals	<input type="checkbox"/>	Quins?	_____
Metalls	<input type="checkbox"/>	Quins?	_____
Altres	<input type="checkbox"/>		_____
Quins?			_____

**Protocol d'actuació en cas d'emergència per reacció al·lèrgica o d'intolerància alimentària o no alimentària**

Quina reacció provoca l'al·lèrgia? (urticària, granets, picor, asfíxia...)

De quin temps de reacció es disposa en cas d'ingesta o contacte accidental?

Quines actuacions cal seguir en cas d'ingesta o contacte accidental?

**Medicaments a administrar en cas de reacció al·lèrgica**

Medicament	Dosi	Freqüència	Conservar en fred?	Observacions
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____

**Documentació adjunta amb aquest formulari:**

---

- Certificat mèdic acreditatiu de l'al·lèrgia o intolerància
  - Instruccions mèdiques referents a l'al·lèrgia o intolerància
  - Instruccions mèdiques referents a l'administració i conservació dels medicaments
  - Pla d'actuació en cas de reacció al·lèrgica
  - Autorització al responsable de l'estada per executar-lo
  - Medicació necessària per a una possible reacció
- 

Altres aspectes relacionats amb l'al·lèrgia o intolerància alimentària que cal que es tingui en compte

**DECLARO / AUTORITZO**

---

**Declaro:**

1. Que són certes les dades consignades en aquest formulari així com la documentació que s'adjunta, i que estic obligat/obligada a comunicar a l'Agència Catalana de la Joventut qualsevol variació que pogués produir-se d'ara endavant.
2. **Autoritzo** el personal responsable de l'alberg o de les estades a executar el pla d'actuació que s'adjunta a aquest document.
3. **Autoritzo** que el personal responsable de l'alberg o de les estades administri la medicació que s'especifica en aquest document i/o a la fitxa d'autorització del participant.

---

Població

Data

\_\_\_\_\_ (signatura)

**Comunicació de l'Agència Catalana de la Joventut a la persona sol·licitant**

---

En compliment de l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades personals que proporcioneu s'incorporaran al fitxer "BASE DE DADES". La finalitat del fitxer és la correcta gestió de l'estada i difusió dels programes de l'Agència Catalana de la Joventut.

La unitat responsable del fitxer és l'Agència Catalana de la Joventut i les dades recollides s'emmagatzemaran amb les mesures de seguretat i confidencialitat establertes legalment.

Teniu dret a accedir a les dades facilitades, rectificar-les, cancel·lar-les i a oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes per la legislació vigent. Per exercir aquests drets, heu d'adreçar un escrit a la Agència Catalana de la Joventut per correu postal (Calàbria, 147 08015 Barcelona) o correu electrònic (adreçat a [reserves.xanascats@gencat.cat](mailto:reserves.xanascats@gencat.cat) i signat electrònicament amb DNI electrònic o certificat digital expedit pel CATCert).

Amb la vostra signatura, autoritzeu la unitat responsable del fitxer per al tractament de les vostres dades amb les finalitats indicades.

---