

INFORMACION ALERGIAS ALIMENTARIAS Y/O MEDICAMENTOSAS



Alumn@: _____

Alergias Medicamentosas (acompañar de informe médico)

Alergias Alimentarias (acompañar de informe médico)

Observaciones:

Firma del padre/madre/ tutor legal:

Fecha:

En caso de no padecer ninguna alergia firmese igual y táchese el espacio dedicado a tal fin.