



ALERGIAS E INTOLERANCIAS

Estimados padres, os rogamos que cumplimentéis este formulario si vuestro hijo/a padece algún tipo de alergia o intolerancia, ya sea esta alimentaria o bien de otro tipo que pueda afectar durante su estancia en el centro educativo o en cualquier actividad complementaria o extraescolar que se pudiera llevar a cabo.

Alumno/a (nombre y apellidos): _____

Curso: _____

Alergias o Intolerancias Alimenticias:

Indique y explique de forma clara y detallada aquellas alergias o intolerancias únicamente alimenticias que parece el alumno/a.

Alergias o Intolerancias NO Alimenticias:

Indique y explique de forma clara y detallada aquellas alergias o intolerancias que padece el alumno/a que pudieran ser de interés para el colegio (asma, picaduras de insectos, productos de limpieza,...

La Solana, a _____ de _____ de 20__

Firma del padre, madre o tutor/a