

DOCUMENTO ALERGIAS DEL ALUMNADO

Estimadas familias:

Con el fin de garantizar la seguridad y el bienestar de todo el alumnado, les solicitamos que completen la siguiente información relacionada con posibles alergias o intolerancias de sus hijos/as.

Alumno/a: _____

¿Es alérgico/a?

☐ **Sí**

☐ **No**

(Si la respuesta es sí, por favor complete la siguiente información):

¿A qué tiene alergia? _____

¿Necesita medicación o algún cuidado especial? _____

En caso afirmativo, indique qué medicación debe administrarse:

En Guijuelo, a _____ de _____ de _____

Firma del padre / madre / tutor:

Fdo: