



CEIP Ntra. Sra. del Val
Cód. 28000376



Dirección General de Educación Infantil,
Primaria y Secundaria
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN
Comunidad de Madrid



Programa financiado por el Ministerio de
Educación y Formación Profesional

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo
El FSE invierte en tu futuro



EN CASO DE ALERGIAS O INTOLERANCIAS

Con el fin de renovar los datos con los que contamos rogamos cumplimenten la siguiente ficha y la hagan llegar al tutor/a de su hijo/a lo antes posible.

Recuerden que las alergias deben estar justificadas **con informe médico actualizado por el médico pediatra o alergólogo.**

Nombre del alumno/a: _____

Curso: _____

ALERGIAS (alimentarias, por contacto, a materiales, etc.) (Marque con una cruz). **SI** **NO**

¿CUÁLES?

INTOLERANCIAS. (Marque con una cruz). **SI** **NO**

¿CUÁLES?

PRECISA MEDICACIÓN ¿CUÁL? EN CASO AFIRMATIVO ADJUNTAR “PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN LA ESCUELA”.

OBSERVACIONES _____

Padre, Madre, tutor/a.

Padre, Madre, tutor/a.

Fdo. D.D^a.

Fdo. D.D^a.

En _____ a _____ de _____ de _____

Agradeciendo su colaboración.

La Dirección.