

INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS ALIMENTARIAS

D./Dña. _____ con D.N.I _____,
padre/madre/tutor/a del alumno/a _____
del curso _____.

Informa que su hijo/a presenta las siguientes alergias alimentarias y adjunta los informes médicos correspondientes que así lo abalan:

En Toledo a _____ de _____ de 202__

Fdo. _____