

## 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. \_\_\_\_\_