

RELLENAR SOLO EN CASO DE ALERGIAS, INTOLERANCIA O ENFERMEDAD CRÓNICA
EN CASO DE NO PADECER NINGUNA, DEVOLVER EN BLANCO

Estimadas familias:

Por ser el colegio un lugar donde su hijo/a pasa un gran número de horas le solicitamos nos haga llegar, lo antes posible, la siguiente información:

Nombre y apellidos: _____ Curso: _____	SI <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> FIRMA DE LOS PADRES
---	---

En caso afirmativo rellene la ficha siguiente adjuntando fotocopia del informe médico:

	Alergia a: _____ Enfermedad: _____	TELÉFONOS DE CONTACTO Madre móvil: _____ Padre móvil: _____ Madre trabajo: _____ Padre trabajo: _____
Alimentos que contengan la o las sustancia/s:		
Material escolar que pueda contener dichas sustancias:		
CÓMO ACTUAR EN CASO DE REACCIÓN LEVE	CÓMO ACTUAR EN CASO DE REACCIÓN GRAVE	

Muchas gracias por su colaboración.

Tres Cantos, a ____ de _____ de _____