



CEIPSO MARÍA DE VILLOTA
CÓDIGO DE CENTRO 28079436



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,
CIENCIA Y UNIVERSIDADES

Don/Doña

con D.N.I. / N.I.E. nº

Don/Doña

con D.N.I. / N.I.E. nº

como padres/madres/tutores del alumno:

del curso

del CEIPSO María de Villota

COMUNICACIÓN DE ALERGIAS / INTOLERANCIAS / ENFERMEDADES

Comunico al **CEIPSO MARÍA DE VILLOTA** que mi hijo presenta la siguiente alergia / intolerancia alimenticia / enfermedad:

Aporto informe médico actualizado en el que se refleja las citadas alergias / intolerancias / enfermedades.

☐

SI

☐

NO

Necesita medicación durante la jornada escolar en caso de urgencia, previa autorización del Director del centro y habiendo rellenado la autorización correspondiente.

☐

SI

☐

NO

Con la firma del presente documento, autorizo al **CEIPSO MARÍA DE VILLOTA** a que, en las aulas, comedor y en los espacios en las que su hijo realiza actividades de forma habitual y se considere conveniente disponer de la información de la alergia que presenta, a mostrar la fotografía del mismo junto con los datos más relevantes y la forma de actuación en caso de emergencia.

Así mismo, autorizo en caso de actividades tanto dentro como fuera del centro, en que participe profesorado que no tiene trato habitual con el alumno, sea debidamente identificado con símbolos pictográficos que permitan que la alergia alimentaria sea conocida con el fin de garantizar el adecuado tratamiento y prevención de riesgo de exposición a alérgenos del alumno.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia.

OBSERVACIONES RELEVANTES:

Firma padre/madre/tutor

En Madrid, a

de

de 202

Firma padre/madre/tutor

Fdo.

Fdo.: