

**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: _____	<input type="checkbox"/> SI  <b>FIRMA DE LOS PADRES</b>
---	---

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

	Alergia a: _____  Enfermedad: _____	<b>TELÉFONOS DE CONTACTO</b>  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 \_\_\_\_\_