

COMUNICACIÓN DE ALERGIAS ALIMENTICIAS

D/ Dña. _____ con Número de Documento _____ como padre/ madre/ representante legal del alumno/a _____

NOTIFICO tener conocimiento del siguiente listado de alergias sobre mi hijo/a:

Adjunto certificado médico.

Firma del padre/ madre/ representante legal

Fdo.:

En Torrejón de Ardoz, a _____ de _____ de _____