



FICHA DE INCIDENCIAS ALIMENTARIAS

Fecha de alta.....

Alumno.....

.....

Curso..... Letra ...

Teléfonos de contacto.....

.....

ALERGIAS ALIMENTARIAS

.....
.....
.....
.....

INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

.....
.....
.....
.....

en caso afirmativo **APORTA CERTIFICADO MÉDICO**

SÍ

NO

Firma del padre, madre o tutor legal