

INFORMACIÓN RELEVANTE

ALUMNO/A: _____

➤ Alergias a **ALIMENTOS** Sí..... NO.....

En caso afirmativo, indicar a qué **ALIMENTOS**

.....

➤ Alergias a **MEDICAMENTOS** Sí..... NO.....

En caso afirmativo, indicar a qué **MEDICAMENTOS**

.....

➤ Alergias a **FACTORES AMBIENTALES** Sí..... NO.....

En caso afirmativo, indicar a qué **FACTORES AMBIENTALES**

.....

➤ Otros aspectos médicos de carácter relevante

.....

➤ Se adjunta informe médico Sí..... NO.....

FIRMADO (Madre/ padre/ tutor legal): _____