



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Educación



CEIP SAN JOSÉ DE CALASANZ

ALERGIAS E INTOLERANCIAS DEL ALUMNO

D. /Dña. _____, padre,
madre o tutor del alumno/a _____ del
curso _____, marque lo que corresponda:

SI tiene problemas de alergia o intolerancia:

Alimentarias: _____

Medicamentos: _____

Ambientales: _____

Materiales: _____

Otras: _____

NO tiene problemas de alergias o intolerancias.

En _____ a _____ de _____ de 2024.

Firmado: D./ Dña _____