



ALERXIAS E/OU INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

ALUMNA/ALUMNO

apelidos e nome

Etapa

INFANTIL

Nivel

PRIMARIA

Grupo

RESPONSABLES

apelidos e nome

proxenitor(a) 1

titor(a) legal

proxenitor(a) 2

titor(a) legal

DNI - NIE

DNI - NIE

SINALAR CUN X, SE PROCEDE

Alerxia alimentaria

Intolerancia alimentaria

Outras alerxias (indicar cales)

INDICAR O PRODUTO ALÉRXENO/INTOLERADO

Sinalar cun X

Cereais

Ovos

Lácteos

Peixes

Moluscos

Crustáceos

Sulfitos

Chocolate

Soia

Sésamo

Apio

Mostaza

Legumes

Tomate

Froitos secos

Froitas (indicar cales)

Outros

Se o/a alumno/a precisa unha dieta especial no comedor, é necesario que aporte un certificado médico que o xustifique.

Aporta informe médico

Admitido/a en comedor (a cubrir polo Centro)

Solicita comedor

En Brión, a _____ de _____ de _____

ASINADO RESPONSABLE / TITOR (A) 1

ASINADO RESPONSABLE / TITOR (A) 2