



ALERGÍAS E INTOLERANCIAS DE LOS ALUMNOS

D./Dña.DNI nº.....padre/madre o tutor/a
y D./Dña.DNI nº.....padre/madre o
tutor/a del alumno/a.....

Tipo	Sí	no	alérgeno	informe médico	
Alimentarias frutos secos. Leche, gluten...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Medicamentos Antibióticos, antiinflamatorios...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ambientales (Polen, gramíneas, ácaros, moho...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Materiales (Látex, níquel, cosméticos...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Animales polillas, cucarachas Mascotas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Otras procesionaria, garrapatas Avispas abejas, anisakis...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Necesita adrenalina sí no

Necesita otro tratamiento de choque sí no

Toro, a..... de.....del 202_

Firma

Fdo.....

Fdo.....