

## INCIDENCIAS ALIMENTARIAS

YO \_\_\_\_\_ CON DNI \_\_\_\_\_

PADRE/ MADRE/ TUTOR DEL ALUMNO/A \_\_\_\_\_  
DEL NIVEL \_\_\_\_\_ DE ESTE COLEGIO.

### SOLICITO:

EL VISTO BUENO DEL CONSEJO ESCOLAR SOBRE LA INCIDENCIA ALIMENTARIA DE MI HIJO/A, QUE HARÁ USO DEL SERVICIO DE COMEDOR DURANTE EL PRESENTE CURSO ESCOLAR 20\_\_ / \_\_ .

TIPO DE INCIDENCIA ALIMENTARIA (ESPECIFIQUE SI ES: INTOLERANCIA, ALERGIA O MOTIVOS RELIGIOSOS) \_\_\_\_\_

ALIMENTOS QUE DE NINGUNA MANERA PUEDE INGERIR O TOCAR:

\_\_\_\_\_

APORTO CERTIFICACIÓN MÉDICA: SI  NO

(Antigüedad del certificado no superior a 1 año)

Fdo: \_\_\_\_\_

MADRID, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_