

AUTORIZACIÓN PARA CELEBRACIONES CON POSIBLES ALERGIAS

(cumpleaños, Halloween, San Isidro, fiestas en general)

NOMBRE DEL ALUMNO/A: _____

PADECE ALERGIA O INTOLERANCIA A ALGÚN ALIMENTO (contesten SI o NO): _____

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE A QUÉ TIENE ALERGIA EL ALUMNO/A:

SE DEBE ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN MÉDICA QUE ASÍ LO ACREDITE.

D/DÑA: _____

D/DÑA: _____

AUTORIZA

NO AUTORIZA

AL ALUMNO/A A PARTICIPAR EN LAS DISTINTAS CELEBRACIONES QUE SE REALICEN EN CLASE O EN EL CENTRO DE FORMA GENERAL; SEGÚN LAS CONDICIONES QUE APARECEN EN NUESTRO PROYECTO EDUCATIVO.

EN MADRID, A ___ DE _____ DE 20__

Firma del padre/madre/tutor/a legal

Fdo.: _____

Nombre y apellidos completos a mano y firma

Firma del padre/madre/tutor/a legal

Fdo.: _____

Nombre y apellidos completos a mano y firma