NOMBRE:_____ CURSO:_____

NOMBRE Padre/Madre/Tutor:_____

ALERGIAS:

- ALIMENTICIAS: _____
- MEDICAMENTOS:_____
- AMBIENTALES: _____
- MATERIALES: _____
- ANIMALES: _____
- OTRAS: _____

Indicar si necesita adrenalinas:_____

Indicar si adjunta informe:_____

Fdo.: