



DIETA ESPECIAL – ALERGIAS

NOMBRE DEL ALUMNO/A	
CURSO	

En caso de que el/la alumno/a requiera una **dieta especial**, especifique a continuación:

MOTIVOS		MÉDICOS
		RELIGIOSOS

ALERGIAS	Alimentos:
	Proceder en caso de intoxicación:
DIETA ESPECIAL REQUERIDA	

APORTA INFORME (* imprescindible para garantizar la dieta)		SÍ
		NO

En Costa Teguiise, a _____ de _____ de 2017

Firma

