



Ministerio de Educación y
Formación Profesional
Gobierno de España

ALERGIAS

(Existan o no alergias, rellene este formulario, por favor.)

El alumno/a: _____ Aula: _____

Marque la opción que proceda:

No tiene alergias ni afecciones.

Es alérgico/a:

Especifique el tipo de alergia y las medidas a adoptar en caso de reacción alérgica:

¿Debe llevar consigo adrenalina inyectable (*EpiPen*o similar)?

Sí

No

Otras afecciones que deban ser conocidas por el profesorado:

La aparición de una nueva alergia o afección exigirá, por motivos de seguridad, una actualización inmediata de los datos.

Firma:

NOMBRE Y APELLIDOS:

PASAPORTE/DNI: