INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO		
PADRE /MADRE /TUTOR	**DNI**	**FIRMA**
PADRE / MADRE / TUTOR	**DNI**	**FIRMA**

Información sobre alergias o tratamientos médicos que pueda interesar y/o deba ser conocida por el centro

(adjúntese documentación si precisa)