

FICHA DE ALUMNO ALÉRGICO/INTOLERANTE A ALIMENTOS

Centro: Padre/Representante:
Alumno: Teléfono de aviso (1):
Curso: Teléfono de aviso (2):

Informe/certificado médico entregado (Obligatorio) No Si

Dispone de adrenalina autoinyectable en el centro No Si

Asmático/a: NO SI **! Riesgo mayor para reacciones graves**

Alérgico/a a : Intolerante a :

Gluten	<input type="checkbox"/>	Frutos secos	<input type="checkbox"/>	Marisco	<input type="checkbox"/>
Leche y derivados	<input type="checkbox"/>	Huevo	<input type="checkbox"/>	Pescado blanco	<input type="checkbox"/>
Lactosa	<input type="checkbox"/>	Cerdo	<input type="checkbox"/>	Pescado azul	<input type="checkbox"/>

Legumbres /leguminosas

Todas	<input type="checkbox"/>	Alubias	<input type="checkbox"/>	Soja	<input type="checkbox"/>
Lentejas	<input type="checkbox"/>	Judías verdes	<input type="checkbox"/>		
Garbanzos	<input type="checkbox"/>	Guisantes	<input type="checkbox"/>		

Frutas

Manzana	<input type="checkbox"/>	Melocotón	<input type="checkbox"/>	Melón	<input type="checkbox"/>
Pera	<input type="checkbox"/>	Piña	<input type="checkbox"/>	Naranja	<input type="checkbox"/>
Plátano	<input type="checkbox"/>	Sandía	<input type="checkbox"/>		

Otros

<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

TIPO DE MENU (a rellenar por la empresa)