

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

D/Dña..... con DNI....., con domicilio en....., teléfono....., como padre/madre/tutor/tutora del alumno/a....., escolarizado en el CP S. José de Calasanz de Posada de Llanera, comunica a la Dirección del centro docente y a su profesor/a tutor/a que su hijo/a padece alergia alimentaria a....

.....
(Se adjunta informe médico).

Los teléfonos de contacto para ser informados de cualquier eventualidad son los siguientes:

Teléfono 1: _____

Teléfono 2: _____

Autorizo al centro a llamar al teléfono de emergencias 112, en caso de necesidad, si no se localiza a los padres o familiares de contacto a la mayor brevedad posible.

En Posada de Llanera., a..... de..... de

Fdo.: (padre/madre/tutor/tutora/representante legal)