



**C.P.B. HÉROES DEL 2 DE MAYO**  
C/ Orient Express s/nº  
28770 Colmenar Viejo - Madrid -  
Tlfnº: 916 288 889



Dirección del Área Territorial  
Madrid Norte  
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN



## **INFORMACIÓN DE ALERGIAS, INTOLERANCIAS Y/O PATOLOGÍAS**

## **Nº 3**

- **Nombre y apellidos** del alumno/a:

- Indique el **curso** de su hijo/a:      **Infantil:**      3 años      4 años      5 años

**Primaria:**      1º      2º      3º      4º      5º      6º

- ¿El alumno/a tiene **alergia** o **intolerancia** a algún alimento? (Marque la casilla correspondiente)      **SÍ**      **NO**

- En caso de haber contestado SI antes, ¿a cuál?

(Deberá presentar informe médico actualizado que así lo acredite)

- ¿El alumno/a tiene alguna **enfermedad y/o patología** que el Centro deba conocer? (Marque la casilla correspondiente)      **SÍ**      **NO**

- En caso de haber contestado SI antes, ¿cuál?

(Deberá presentar informe médico actualizado que así lo acredite)

### **Firma de madre, padre y/o tutoras/es legales**

Fdo.:

Fdo.:

En Colmenar Viejo, a      de      de 20

Notas:

1) La familia se responsabilizará de informar al centro, mediante la presentación de este modelo actualizado a su tutor/a, de cualquier modificación o cambio respecto a la información facilitada y firmada en la fecha de firma del documento actual.

2) **En el caso de que el alumno/a precise algún tipo de medicación en caso de reacción alérgica o intolerancia deberá presentarse obligatoriamente junto a este documento el modelo nº 17.** La medicación correspondiente será responsabilidad de la familia informar y entregarla personalmente el primer día que el alumno/a se incorpore al centro, siguiendo las indicaciones del modelo nº 17.