



AUTORIZACIÓN ALUMNOS/AS CON ALERGIAS

D/D^a.: _____ PADRE/MADRE/TUTOR/A

D/D^a.: _____ PADRE/MADRE/TUTOR/A del

alumno/a _____, del curso _____ AUTORIZO al

personal docente de CEIP Antonio Mingote de Alcalá de Henares a intercambiar información con la Comunidad Educativa del centro referente a la alergia de mi hijo/a, así como a hacer público todos los datos que sean necesarios para su seguridad y a suministrarle medicamentos en caso de reacción alérgica.

Y para que así conste, firmo el presente escrito en

Alcalá de Henares a _____ de _____ de 20____.

Firmas del padre/madre/tutor/tutora

D/D^a. _____ D/D^a. _____