



## ALERXIAS ALIMENTARIAS

Dona/Don.....con DNI.....

Nai / pai / representante legal de .....

**DECLARA** que a súa filla / o seu fillo:

**Non presenta ningún tipo de alerxia alimentaria.**

**Presenta os seguintes tipos de alerxias alimentarias:** .....

.....

.....

.....

.....

En Poio, a ..... de ..... de 20.....

Sinatura

Asdo:.....