



**Estimadas familias:**

Agradecemoslle que nos fagan constar as posibles alerxias ou intolerancias dos seus fillos adxuntando o pertinente **INFORME MEDICO** que acredite esta doenza.

Asemade aproveitamos para informarlle que os alumnos **NON poden traer medicamentos ao centro na súa mochila.** No caso de ter que tomar algún medicamento en horario escolar **OS PAIS DEBERAN TRAELO Á SECRETARIA DO CENTRO xunto coa AUTORIZACION DOS TITORES LEGAIS para poder suministrarllo e a RECEITA ou DOCUMENTO MEDICO** no que conste a dosis a tomar.

D./Dona.....Pai/nai ou titor/a do

alumno/a .....,

do nivel ..... grupo ..... Educación Infantil ou Primaria (**Táchese o que**

**non proceda**), fai constar que presenta as seguintes

**ALERXIAS E/OU INTOLERANCIAS**

Outros temas de interese:

A Laracha a .....de ..... de 20...

Sinatura:

**DEBERASE APORTAR INFORME MÉDICO QUE ACREDITE AS ALERXIAS OU INTOLERANCIAS**