

Fecha de la estancia (indicar fecha de inicio y finalización):		
Nombre del niño/a:		
Mail:		Tfnos contacto:
ALERGIAS AMBIENTALES (polen, plantas, etc.):		
ALERGIAS A ANIMALES:		

ALERGIAS ALIMENTARIAS: (indicar las alergias/intolerancias con una **X**/trazas con **√**)

ALÉRGICO	Alérgico	Tolera trazas		OBSERVACIONES
GLUTEN		Si	No	
PESCADO		Si	No	
MARISCOS		Si	No	
CRUSTÁCEOS		Si	No	
LECHE		Si	No	
HUEVOS		Si	No	
SOJA		Si	No	
SÉSAMO		Si	No	
FRUTOS SECOS		Si	No	
ACEITE DE GIRASOL		Si	No	
ALTRAMUCES		Si	No	
CACAHUETES		Si	No	
SULFITOS		Si	No	
APIO		Si	No	
MOSTAZA		Si	No	
OTROS:		Si	No	
OTROS:		Si	No	

OBSERVACIONES U OTRAS CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA CON LOS ALIMENTOS A INGERIR POR EL NIÑO: (indique con la mayor claridad posible):

APORTA INFORME MÉDICO	Si	No
TRAE SU COMIDA	Si	No
TRAE MEDICACIÓN	Si	No
Requiere FRÍO	Si	No
Indique pautado:	Hora administración:	Cantidad:

Padre/Madre	Profesor (si procede)	Enterado GH La Limpia
Fdo:	Fdo:	Fdo: