



**CEIP "INÉS DE SUÁREZ"**

Parque de la Coronación s/n

10600 - Plasencia

## INFORMACIÓN SANITARIA

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

como padres/madre/tutor/a del menor \_\_\_\_\_

que cursa \_\_\_\_\_ en el CEIP Inés de Suárez

COMUNICA QUE

mi hijo/a padece las siguientes

ALERGIAS (especifique cuál/es):

ENFERMEDAD (especifique cuál/es):

y apporto la siguiente documentación.

En Plasencia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_