

ALUMNO/A \_\_\_\_\_

**NIVEL INFANTIL** 1º 2º 3º **GRUPO** A B C

**NIVEL PRIMARIA** 1º 2º 3º 4º 5º 6º **GRUPO** A B C D E

Tiene algún tipo de **alergia**: SI \_\_\_\_ ¿a qué? \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_