



## RECONOCIMIENTO MÉDICO

(sólo para aquellos niños/as que tengan intolerancia o alergia alimentaria)

Nombre y apellidos del médico

Nº de licenciado

### Hago constar que:

He reconocido a (nombre y apellidos del niño/a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años

### Con el siguiente diagnóstico:

Tipo de alergia/intolerancia: \_\_\_\_\_

Alimentos "prohibidos" \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**En caso de incidencia** seguir las siguientes indicaciones (en función del grado)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha y firma del médico