

Galen

EXCELLENCE ALL FOR

RESH FOOD.  
RESH MINDS.

**A. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA EL PADRE O TUTOR**

*trición hablen con el*

**B. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA UN MÉDICO LICENCIADO O LA AUTORIDAD MÉDICA PERTINENTE**

\*¿Tiene el niño una discapacidad o una alergia alimentaria que podría provocar anafilaxis o poner en peligro su vida? SI NO

*Si marcó Sí, un médico licenciado debe llenar y firmar este formulario*

\*Si respondió Sí, indique las actividades importantes afectadas por la discapacidad:

\***DIAGNÓSTICO MÉDICO:** \_\_\_\_\_

C. ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA UN MÉDICO LICENCIADO O LA AUTORIDAD MÉDICA PERTINENTE

ALGRANT [alena\\_arkisd.com](mailto:alena_arkisd.com)

