



INFORME SOBRE ALERGIAS Y/O ENFERMEDADES CRONICAS DE INTERÉS

YO,

con DNI y mayor de edad,

(En caso de menor de edad)

YO,(madre /
padre/ tutor) del menor, con
DNIy mayor de edad,

DECLARO:

- Que tengo las siguientes alergias/intolerancias alimentarias o farmacológicas:

.....
.....
.....

- Que padezco las siguientes enfermedades crónicas de interés:

Diabetes mellitus

Epilepsia

Cardiopatía isquémica

Asma Bronquial

Urticaria crónica

Otras.....

- Que comunico para que sean tenidas en cuenta por los responsables de cocina y responsables sanitarios del encuentro.

Firmado:

Ena de de 2025.