

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Certifico que al estudiante mencionado anteriormente se le deben ofrecer sustituciones de alimentos como se describió anteriormente debido a la alergia alimentaria o la intolerancia / alergia alimentaria del estudiante según la discapacidad.

Nombre de la Autoridad Médica: _____
(ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

☐ MD

☐ DO

☐
☐
☐
☐

Esta institución es