

Suspensión de modificaciones de comidas en el establecimiento

Si el estudiante ya no requiere adaptaciones de comidas, complete el formulario que está a continuación. Debe estar completado por un médico o autoridad médica, o bien por el padre, la madre o el tutor legal.

Nombre del médico matriculado o la autoridad médica _____

O BIEN

Nombre del padre o la madre _____

Nombre del estudiante _____

Establecimiento _____

Certifico que el estudiante antes mencionado ya no necesita las modificaciones en las comidas indicadas anteriormente a partir de la siguiente fecha:

Firma del médico matriculado/autoridad médica

Cargo del médico matriculado/autoridad médica

O BIEN

Firma del padre o la madre

Dirección

Fecha

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.