

EHS HB SOCIALIZACION ALERGIA/RESTRICCIONES DE ALIMENTOS/PREFERENCIAS

Defensor de Familia: _____ Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento:

1. **NO ALERGIAS O RESTRICCIONES DE ALIMENTOS/ PREFERENCIAS** *(Por favor firme abajo)* **O**

POR FAVOR, LISTE CUALQUIER RESTRICCION DE ALIMENTOS (alergias) O PREFERENCIAS DE ALIMENTOS (por razones personales o religiosas)

(por favor, sea simple y conciso: es una referencia rápida para alimentos y actividades)

Firma del Padre/Tutor

Fecha

PARA: Por favor copie para Socialization Health Action Binder