



## CONFIRMACIÓN DE ALERGIAS

Don/ña -----, con DNI ----- como  
padre/madre tutor/a de ----- confirmo  
que mi hijo/a padece las siguientes alergias/intolerancias:

-----  
-----  
-----

Por lo que no podrá comer ningún alimento ni derivados durante su estancia en el  
Campus de Impala Sport Club & Spa.

El día ----- a las ----- horas.