

## 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.