



PO Box 1117 1602 W. Ferguson Rd
 Mt. Pleasant TX 75455
 (903)575-2092 fax (903)575-2077



Food Allergy Statement

Declaración de alergia alimenticia

Child's name/*Nombre del Niño*

Birthday/*Fecha de Nacimiento*

Room/# de *Salón*

My child has an allergy/intolerance to/

Mi niño tiene una alergia/ intolerancia a:

He/She is ALLERGIC to this food in all forms (ex: tomatoes and pizza sauce)/ El/Ella es ALÉRGICO(A) a este alimento en todas formas (por ejemplo: tomates y salsa de pizza)

He/She has an INTOLERANCE to this food and may continue to have foods containing this item. (ex: child may not eat fresh tomatoes but may still have pizza and pasta sauce containing tomatoes)/El/Ella tiene una intolerancia a este alimento y puede seguir teniendo alimentos que contengan este producto. (por ejemplo: el niño no puede comer tomates frescos, pero todavía puede comer pizza y salsa de pasta que contiene tomates)

What happens to your child when he/she eats this food? ¿Qué le sucede a su niño cuando come este alimento?

Emergency treatment plan/ Plan de tratamiento en caso de emergencia :

Parent or Guardian Signature/*Firma del Padre o Tutor*: _____ Date/*Fecha*: _____

Doctor Signature/*Firma del Doctor*: _____ Date/*Fecha*: _____

Teacher Signature/*Firma del Maestro(a)*: _____ Date/*Fecha*: _____

Cafeteria Manager Signature/*Firma del Gerente de la Cafetería*: _____ Date/*Fecha*: _____

Health Staff Signature/*Firma de Personal de la Salud*: _____ Date/*Fecha*: _____