Dear Parent/Guardian,

During the school year, food may be prepared and eaten in your child's classroom as part of his/her learning experience. To avoid any unpleasant experiences, please complete and return the tear-off to your child's teacher as soon as possible.

Thank you for your cooperation.

RETURN TO CLASSROOM TEACHER

Student: _____ Grade: _____

DOES YOUR CHILD HAVE ANY FOOD ALLERGIES? ☐ YES ☐ NO

My child is allergic to the following foods:

_____ _____

_____ _____

►*What is the reaction when your child eats the above foods?*

_____

My child **IS NOT** allergic to, but **MAY NOT EAT OR DRINK** the following foods:

_____ _____

_____ _____

My child is allergic to bee stings: ☐ YES ☐ NO

Comments:_____

_____

_____

Parent's Signature: _____ Date: _____

Teacher: _____ Room # _____

Estimados Padres/Tutores:

Como parte de la experiencia de aprendizaje durante el año escolar, se podría preparar y servir comida dentro del salón de clases de su hijo/a. Para evitar experiencias desagradables, por favor llene y devuelva la porción de abajo al maestro de su hijo/a tan pronto como le sea posible.

Gracias por su cooperación.

DEVUELVA ESTA PARTE AL MAESTRO / A DE SU HIJO/A

Nombre del estudiante: _____ Grado _____

¿Su hijo/a es alérgico/a a algún tipo de comida? ☐ SI ☐ NO

Me hijo/a es alérgico/a a las siguientes comidas:

_____ _____

_____ _____

►*¿Cuál es la reacción cuando come estas comidas?*

_____

Mi hijo/a **NO ES** alérgico/a pero **NO DEBE COMER** las siguientes comidas:

_____ _____

_____ _____

Mi hijo/a es alérgico/a a las picaduras de las abejas. ☐ SI ☐ NO

Comentario:_____

_____

_____

Firma de los padres/tutores: _____ Fecha: _____

Nombre del maestro/a: _____ Salón: _____