

# PLAN d'ACTION - ALLERGIES

Année scolaire 20 .. - 20 ..

**Nom de l'enfant :**

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

A une allergie \* à : \_\_\_\_\_

A une allergie ALIMENTAIRE\* à : \_\_\_\_\_

A de l'asthme \* : \_\_\_\_\_

A de l'eczéma\* : \_\_\_\_\_

**\*= risques élevés de réactions sévères et/ou d'anaphylaxie**

## Données de contact en cas d'urgence

Père : Mr \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_

Mère : Mme \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Médecin spécialiste : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTS / TRAITEMENT / INSTRUCTIONS DU MEDECIN

Dénomination – dose – méthode d'administration - ... :

Nom, date, cachet et signature du médecin

## MEDICAMENTS REMIS AU BUREAU DE LA DIRECTION

- ---

---

---

Date et signature du, des parent(s),

- Copie de la présente adressée par l'école au centre PSE.