

# 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 : \_\_\_\_\_

ECOLE DE MESSIDOR – 1180 Bruxelles – 02 605 21 13

[www.ecoledemessidor.net](http://www.ecoledemessidor.net) – [messidor.direction@uccle.edu.brussels](mailto:messidor.direction@uccle.edu.brussels)

**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.