

PLAN d'ACTION - ALLERGIES

Année scolaire 20 .. - 20 ..

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Poids :

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 – messidor.direction@uccl.edu.brussels

MEDICAMENTS / TRAITEMENT / INSTRUCTIONS DU MEDECIN

Dénomination – dose – méthode d'administration :

Nom, date, cachet et signature du médecin

MEDICAMENTS REMIS A L'ECOLE

- _____

- _____

- _____

Date et signature du, des parent(s),

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