

PLAN D'ACTION

ALLERGIE à l'école

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

DONNEES DE CONTACT EN CAS D'URGENCE

Père : _____ n° GSM _____

Mère : _____ n° GSM _____

Médecin traitant : _____ n° GSM _____

Médecin spécialiste : _____ n° GSM _____

