



## ENFANT AYANT UNE ALLERGIE

nom de l'enfant _____	nom de l'enseignant(e) / classe _____
--------------------------	--

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET AUTORISATION D'AFFICHAGE

L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'un handicap ou d'une allergie alimentaire?  
Si oui, préciser laquelle ou lesquelles et décrire les premiers symptômes.

Médicaments d'urgence :  OUI  NON

Épipen  OUI  NON

Autre : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'il y a une procédure particulière à suivre?

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ téléphone : \_\_\_\_\_

J'**accepte**, pour la sécurité de mon enfant et afin que le personnel de l'équipe-école puisse réagir promptement dès l'apparition des premiers symptômes, que le nom, la photo de mon enfant et les informations inscrites ci-dessus apparaissent sur un registre.

registre affiché dans un endroit visible

registre non affiché

Signature du titulaire de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

Je **refuse** que les informations inscrites ci-dessus apparaissent sur un registre.

Signature du titulaire de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_