**Questionnaire allergie**

**A retourner avec le contrat d’inscription**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’enfant : |  |
| Prénom de l’enfant : |  |
| Allergique à : |  |
| Comment se manifestent les symptômes : |  |
| Quelles sont les mesures à prendre en cas d’urgence : |  |
| Quels médicaments sont disponibles pour traiter cette allergie :  |  |
|  |
| Autorisez-vous l’accueillante à administrer les médicaments :  |  |
|  |
| Nom du médicament :  |  |
| Dosage :  |  |
| Date |  |
| **Signature des parents**  |  |  |  |