**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** |  | |  |  |