



FORMULAIRE D'ALLERGIES SÉVÈRES

IDENTIFICATION DE L'ENFANT ALLERGIQUE

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Parc _____

Groupe _____

Nom de l'animateur _____

No d'assurance maladie _____

Exp : _____

Placer la photo de l'enfant ici

INFORMATIONS SUR LES PARENTS

Nom du père :		
Maison :	Cell :	Travail :
Nom de la mère :		
Maison :	Cell :	Travail :
Contact d'urgence 1 :		
Maison :	Cell :	Travail :
Contact d'urgence 2 :		
Maison :	Cell :	Travail :

MÉDICATION

Médicament 1 :	Expiration :
À utiliser dans le cas où :	
Médicament 2 :	Expiration :
À utiliser dans le cas où :	

Pour une question de sécurité, l'enfant doit porter son Épipen ou toute autre médication sur lui en tout temps.



INFORMATIONS SUR L'ALLERGIE

Allergie : _____

Par quel contact l'enfant est-il allergique?

<input type="checkbox"/>	En touchant la substance allergène
<input type="checkbox"/>	En inhalant l'odeur
<input type="checkbox"/>	Après en avoir mangé

Quand l'enfant a-t-il été diagnostiqué? _____

Combien de fois l'enfant a-t-il fait une réaction allergique? _____

Quel est le temps écoulé entre le contact avec la substance et le début des réactions?

Signes et symptômes observables lors de réactions allergiques :

<input type="checkbox"/>	Respiration bruyante, voix rauque	<input type="checkbox"/>	Étourdissement
<input type="checkbox"/>	Toux persistante	<input type="checkbox"/>	Pâleur et sueurs froides
<input type="checkbox"/>	Congestion nasale	<input type="checkbox"/>	Altération du niveau de conscience
<input type="checkbox"/>	Peau bleutée	<input type="checkbox"/>	Enflure localisée
<input type="checkbox"/>	Sensation d'étouffement	<input type="checkbox"/>	Plaques (urticaire)
<input type="checkbox"/>	Difficulté à avaler	<input type="checkbox"/>	Rougeurs
<input type="checkbox"/>	Pouls rapide et faible	<input type="checkbox"/>	Démangeaisons
<input type="checkbox"/>	Autres : _____		

COMMENTAIRES

Signature du parent : _____

Date : _____