

SANTÉ – ALLERGIES – MÉDICAMENTS – NOURRITURE

Les parents de :

Nom :

Classe :

Prénom :

informent les enseignants des éléments suivants :

**Régime particulier** :

**Allergies alimentaires**:

**Autres allergies**:

**Traitements médicaux** :

**En cas de prise de médicaments** :

- Médicament :

 Posologie :

  L’enfant gère lui-même la prise de ce médicament  L’enseignant gère la prise de ce médicament

- Médicament :

 Posologie :

  L’enfant gère lui-même la prise de ce médicament  L’enseignant gère la prise de ce médicament

- Médicament :

 Posologie :

  L’enfant gère lui-même la prise de ce médicament  L’enseignant gère la prise de ce médicament

**Remarques** :

**Personne à joindre en cas de problème**:

Nom, prénom :

Téléphone :

Nom, prénom :

Téléphone :

Date : Signature :