

FICHE D'ALLERGIE

FICHE D'IDENTIFICATION DE L'ENFANT ALLERGIQUE OU AVEC INTOLÉRANCE ALIMENTAIRE

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : ____/____/____ Âge actuel : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : ____/____/____

L'enfant demeure avec : Maman Papa Les deux parents Garde partagée

Asthmatique : Non Oui

Si oui, nom du médicament : _____

Date d'expiration : ____/____/____

Liste des allergies et intolérances alimentaires

Mon enfant n'a aucune allergie connue.

Mon enfant a des allergies alimentaires connues.

Mon enfant a des intolérances alimentaires.

Allergies et/ou intolérances alimentaires connues diagnostiquées par un médecin :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Votre enfant a-t-il un EpiPen? : Non Oui

Si oui, date d'expiration : ____/____/____

Veuillez fournir l'emballage de l'EpiPen avec son étiquette de pharmacie en guise de prescription.

*Remettre une copie du rapport médical avec cette fiche.

Médical

Médecin traitant ou pédiatre : _____ Tél. : _____

Autres remarques ou commentaires : _____

Mesure à prendre en cas de réaction allergique

Si l'ingestion de l'aliment allergène est suspectée, donner _____ immédiatement.
(Médicament, épinéphrine, dose)

Appeler les ambulanciers immédiatement.

Appeler : Mère / Tél. : _____ Père / Tél. : _____

En cas de réaction allergique, vous autorisez les membres du personnel du CPE Awash Utamet à administrer l'EpiPen et à faire appel aux ambulanciers. Dans le cas d'un transport hospitalier, un membre de notre personnel accompagnera votre enfant jusqu'à votre arrivée.

Il est de la responsabilité des parents d'informer le CPE de tout changement d'information tout au long de la fréquentation de votre enfant au CPE Awash Utamet.

Date : ____ / ____ / ____

Signature du parent

ALLERGY SHEET

IDENTIFICATION FORM FOR CHILDREN WITH ALLERGIES OR FOOD INTOLERANCES

Child's name : _____

Child's date of birth : ____/____/____ Current age : _____

Health insurance number : _____ Expiration date : ____/____/____

The child resides with : Mother Father Both parents Shared custody

Asthmatic : No Yes

If yes, name the medication : _____

Expiration date : ____/____/____

List of allergies and food intolerances

My child has no known allergies.

My child has known food allergies.

My child has food intolerances.

Allergies and/or food intolerances diagnosed by a physician :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Does your child have an EpiPen? : No Yes

If yes, expiration date : ____/____/____

Please provide the packaging of the EpiPen with its pharmacy label as a prescription.

***Attach a copy of the medical report with this form.**

Medical

Family doctor or pediatrician : _____ Phone : _____

Other remarks or comments : _____

Steps to take in case of an allergic reaction

If the ingestion of the allergenic food is suspected, provide _____ immediately.
(Medication, epinephrine, dosage)

Call : _____ Mother / Phone : _____ Father / Phone : _____

In case of an allergic reaction, you authorize the staff members of CPE Awash Utamet to administer the EpiPen and to call paramedics. If hospital transport is required, a staff member will accompany your child until your arrival.

It is the parents' responsibility to inform CPE Awash Utamet of any changes in information throughout their child's attendance at the center.

Date : ____ / ____ / ____

Parent's signature