



Fiche d'identification de l'enfant ayant des allergies, intolérances ou restrictions alimentaires

Nom de l'enfant _____

Date de naissance _____

Adresse : _____

Ville _____

Téléphone maison _____

Téléphone bureau _____

Assurance maladie _____

Asthmatique oui _____ non _____

Utilisation de l'auto-injecteur (Epipen) oui _____ non _____

Utilisation d'antihistaminique (Benadryl) oui _____ non _____

Les médicaments se trouvent dans la pharmacie ou dans l'armoire identifiées d'une croix rouge.

Photo de l'enfant

Liste des allergies, intolérances ou restrictions alimentaires

Allergies	Intolérances	Restrictions alimentaires

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ lien _____ téléphone _____

Nom : _____ lien _____ téléphone _____