



## Relevé des allergies alimentaires

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Niveau : \_\_\_\_\_

Nous vous rappelons l'importance de compléter toutes les informations nécessaires pour nous faire connaître les allergies alimentaires de votre enfant afin que nous puissions assurer un bon suivi lors de ses repas et collations.

1. A-t-il un :           Épipen?                    Allerject?

2. Allergie aux œufs :   Crus  (mayonnaise)  
                                  Cuits  (dans les omelettes, muffins, gâteaux)

3. Allergie aux produits laitiers :

	Intolérance :	Allergie :
Yogourt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fromage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yogourt à boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans les aliments préparés (cuits) (Gâteaux, biscuits, muffins, sauces, plats gratinés)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Prend-il du Lacteeze?  **Si oui, en prévoir. Il sera conservé aux premiers soins et administré au besoin.**

Peut-il boire du lait de soya ?   Vanille    Chocolat

4. Allergie aux noix et arachides :   Noix    Arachides

Noix – Précisez : \_\_\_\_\_

À l'école, nous n'avons aucune noix, ni arachides. Nous évitons les produits qui ont ou peuvent contenir des traces.

**5. Allergie aux fruits de mer et au poisson :**

	<b>Intolérance :</b>	<b>Allergie :</b>
<b>Fruits de mer</b> (Il n'y a pas de fruits de mer à l'école) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pour le poisson :</b>		
Saumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poisson blanc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres poissons :	_____	

**6. Allergie aux fruits :**

Frais                       Cuits

Veuillez nommer les fruits qu'il ne peut pas manger : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. Autres allergies ou intolérances :**

Colorant alimentaire                       Graines de sésame   
Moutarde                                       Gluten

Légumineuses – Précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres – Précision : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Les modifications apportées en cours d'année devront être acheminées par courriel @ [premierssoins@academiedsc.ca](mailto:premierssoins@academiedsc.ca) ou une note écrite aux premiers soins.

Nom du parent : \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_