

ALLERGIES ET INTOLÉRANCES



Nom :	
Âge :	
Allergie ou intolérance :	
Dose d'adrénaline : (ÉPIPEN, Ana-Kit)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Notes :	
Nom du parent :	
Téléphone en cas d'urgence :	



Nom :	
Âge :	
Allergie ou intolérance :	
Dose d'adrénaline : (ÉPIPEN, Ana-Kit)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Notes :	
Nom du parent :	
Téléphone en cas d'urgence :	