

FICHE INDIVIDUELLE D'ALLERGIE ALIMENTAIRE

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Type(s) d'allergie(s) ou intolérance(s) :

Signe(s) apparent(s) et conduite à tenir :

Protocole à suivre :

.....

Nom de représentant légal..... 

Nom du Médecin traitant :..... 

(Merci de fournir un certificat)

Date : **signature du représentant légal :**