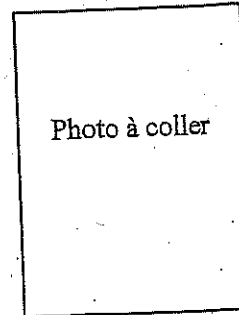


PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ
Allergies / Asthme

Partie à remplir par la famille :

L'enfant :
 Nom - prénom :
 Date de naissance :
 Responsable légal de l'enfant :
 Adresse :

 Tel fixe : Portable :



Type d'allergie / asthme : (symptôme, trouble...)

Traitement :

En cas d'allergie alimentaire :

Aliments interdits	Aliments autorisés

Protocole d'urgence : oui non (à joindre à ce document)

Les signataires :

Les parents :	Le représentant de la ville de Lambres Lez Douai :	Le médecin traitant de l'enfant :
Fait à	Fait à	Fait à
Le	Le	Le
Signature :	Signature :	Signature :