



PROCÉDURES À SUIVRE POUR GÉRER LES ALLERGIES & LES RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Nom de l'enfant: _____

Date de naissance: J / M / A Groupe: _____

Allergies alimentaires/Diète

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Actions à prendre par l'éducateur/éducatrice si l'enfant a été exposé à des aliments allergiques ou a mangé des aliments non permis

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |

Signature du parent: _____ Date: J / M / A