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

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Signature du parent:_____ **Date:**_J_/_M_/__A__