

# Elèves souffrant d'allergies

## Students with allergies

*Ce formulaire doit être complété en anglais par le parent/responsable de l'élève souffrant d'allergies et renvoyé au chef d'établissement ou à son délégué du secrétariat scolaire. L'école complètera les deux premiers champs. Cette collecte d'information a pour objectif de recenser les élèves qui présentent un risque de réactions allergiques graves. Les informations fournies dans ce formulaire seront utilisées par les écoles pour les aider à établir la prise en charge des élèves souffrant d'allergies.*

A l'intention des parents/responsables

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_  
School to insert name of student

Vous avez indiqué que votre enfant est allergique. Il s'agit d'allergie(s) à / aux

\_\_\_\_\_ School to insert the allergy/allergies that have been identified by the parent/carer

Veuillez répondre aux questions ci-dessous et renvoyer le formulaire au chef d'établissement ou à son délégué du secrétariat scolaire.

1. Un médecin a constaté que mon enfant souffrait d'allergies à / aux :

Piqûres d'insectes (Insect sting/bite)  
Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Médicaments (Medication)  
Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Aliments (Food):  
Veuillez cocher la case « oui » ou « non »

	Oui (Yes)	Non (No)
• Arachides (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fruits à coques (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu « oui » aux fruits à coque, veuillez préciser quel(s) type(s) :

Type/s of nut/s \_\_\_\_\_

• Poisson (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fruits de mer (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soja (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sésame (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blé (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lait (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Œufs (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez indiquer tout autre type d'aliment ne figurant pas ci-dessus :

Other type of food \_\_\_\_\_

Latex (Latex)

Autres allergies, veuillez préciser:  
Other allergy \_\_\_\_\_

## Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- | <i>Veillez cochez la case « oui » ou « non »</i> |   | Oui (Yes)                | Non (No)                 |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| 2.   | Mon enfant a déjà été hospitalisé pour cause de réaction allergique grave<br>My child has been hospitalised with a severe allergic reaction   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.   | Un auto-injecteur d'adrénaline (EpiPen® ou Anapen®) a été prescrit à mon enfant<br>My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.   | Un protocole ASCIA Action Plan en cas d'anaphylaxie <sup>1</sup> a été établi pour mon enfant<br>My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis <sup>1</sup><br>(Si « oui », veuillez joindre une copie de ce document à ce formulaire et les rendre ensemble) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Rempli par (veuillez inscrire votre nom en majuscules) : \_\_\_\_\_  
Name of parent/carer

Signature du parent/responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Signature of parent/carer

Date: \_\_\_\_\_  
Date

<sup>1</sup> Chaque fois que le médecin prescrit un nouvel auto-injecteur d'adrénaline, il formule également une mise à jour du protocole ASCIA Action Plan for Anaphylaxis. Il est important que l'école dispose de ce nouveau protocole.