



Nom: _____ Téléphone: _____

| | |
|------------------------------|--------------|
| Je suis allergique à: | Photo |
| ● | |
| ● | |
| ● | |
| ● | |
| ● | |
| ● | |
| ● | |

| SYMPTÔMES / REACTIONS | | TRAITEMENT |
|--|---|--|
| Toux Nausée/vomissement Rougeur (peau) Écoulement nasal Éternuements Yeux irrités, larmoyants | ➔ | BENADRYL 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures |
| Difficulté à respirer | ➔ | EPIPEN JR |
| Suffocation | ➔ | EPIPEN JR |

Cliquez sur l'enveloppe pour envoyer le formulaire
complété à: admissions@ecolemaimonide.org