



Nom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

<b>Je suis allergique à:</b>	<b>Photo</b>
●	
●	
●	
●	
●	
●	
●	

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

Cliquez sur l'enveloppe pour envoyer le formulaire  
complété à: [admissions@ecolemaimonide.org](mailto:admissions@ecolemaimonide.org)