



Formulaire CG2/AES - Information médicale

Année scolaire : 20__ / 20__

DONNÉES DE L'ENFANT

Nom: _____ Prénom: _____

Ecole fréquentée : Cormanon Platy Rochettes Villars-Vert

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Type d'information: Allergie Intolérance alimentaire

Identification précise de l'aliment allergène ou entraînant une intolérance :

Description des symptômes en cas d'ingestion ou de contact avec l'aliment :

Procédure à suivre en cas d'ingestion ou de contact avec l'aliment : (en cas de traitement en lien avec cette allergie, merci de compléter le formulaire R1-Médicament)

COORDONNÉES DU MÉDECIN

Nom et Prénom: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Timbre et signature:

Date: _____

SIGNATURE DES PARENTS

Date: _____

Signatures: _____
