

## ACCUEIL TEMPORAIRE - RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

NOM DE L'ENFANT: \_\_\_\_\_

ÂGE: \_\_\_\_\_ date de naissance : \_\_\_\_\_

Photo

EST-CE QUE VOTRE ENFANT A UNE (Cochez et précisez au besoin)

ALLERGIE  NON  OUI: \_\_\_\_\_

INTOLÉRANCE  NON  OUI: \_\_\_\_\_

AUTRE RESTRICTION ALIMENTAIRE  NON  OUI: \_\_\_\_\_

En cas d'exposition à un allergène, les symptômes à surveiller sont:

- Cutanés
- Digestifs
- Respiratoire
- Chute de pression

MÉDICATION:  NON  OUI: \_\_\_\_\_

Complétez le formulaire  
d'autorisation pour  
l'administration de médicament

NOTES SUPPLÉMENTAIRES:

\_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_

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

### SECTION POUR LE CPE

Éducatrice : \_\_\_\_\_

Groupe/local : \_\_\_\_\_

#### Quelques rappels

**EN CUISINE** Au moment de la préparation, porter une grande attention à la liste d'ingrédients et à la contamination croisée.

**EN CUISINE** Au moment du portionnement, couvrir et identifier le plat sans allergène au nom de l'enfant.

**DANS LE LOCAL OU LA SALLE À MANGER,** présenter le plat sans allergène à l'éducatrice en précisant le nom de l'enfant.