

**Décharge en cas d'allergie-s, intolérance-s ou particularité-s de santé  
de l'enfant pris en charge à l'UAPE**

Prénom et nom de l'enfant .....

Date de naissance .....

Particularité-s de santé :

(Maladie, syndrome, diagnostique divers) .....

Allergie-s / intolérance-s .....

Niveau de réactions :

Faible                       Moyen                       Elevé                       Risque vital

Réactions / Symptômes.....

Médicaments d'urgence.....

Posologie.....

Instructions diverses et de manipulation.....

*En cas de prise de médicaments, merci de compléter également la décharge médicaments à joindre au présent document*

Transmission de la situation d'urgence :

Je souhaite être informé-e, immédiatement, par téléphone, en cas de situation nécessitant la pratique du protocole d'urgence en lien avec les particularités de santé de mon enfant

Je souhaite être informé-e, lors du retour de fin de journée, en cas de situation nécessitant la pratique du protocole d'urgence en lien avec les particularités de santé de mon enfant

Validité du présent document :

Du..... Au.....                       Pour l'entier de l'année scolaire 2022-2023

Un certificat médical doit être obligatoirement joint au présent document.  
Si une procédure d'urgence est en vigueur à l'école, merci de la joindre également au présent document.  
L'UAPE n'est pas tenue responsable des éventuelles réactions au-x médicament-s administré-s et cité-s ci-dessus. Le parent répondant, par sa signature, autorise son enfant à prendre le-s médicament-s cité-s, et autorise, le personnel encadrant à appliquer la procédure d'urgence en lien.

Lieu et date .....

Signature des parents/répondants .....

Signature de la structure .....