



**DEMANDE D'ADMINISTRATION D'AUTO-INJECTEUR
EPIPEN® OU ANA-KIT®
Formulaire 230,57b**

Date

Directeur / directrice

École

Adresse

Adresse

Monsieur/Madame _____,
Directeur/directrice

Objet: _____
Nom de l'élève

Nous demandons, par la présente, que de l'adrénaline _____ et _____
(EpiPen®/Ana-Kit®) (marque de produit antihistaminique)

soient administrés à _____ en cas d'urgence médicale de
nature anaphylactique. (Nom de l'élève)

Types d'allergènes

doivent être évités puisque l'ingestion en toute forme pourrait causer la mort. Les procédures en cas d'urgence sont soulignées dans le formulaire 230,57a intitulé *Éveil aux allergies sévères*.

Nous apprécions votre coopération et votre compréhension à ce sujet.

Médecin / Date

Parent / tuteur / tutrice - Date