



ALLERGIE ACTIE PLAN

Naam:

Voornaam:

Leeftijd:

Klas:

Klastitularis:

Heeft een allergie voor:

Heeft een voedselallergie voor*:

Heeft astma*:

Heeft eczema*:

* Hoger risico op ernstige reactie en/of anafylaxie

NOODCONTACTGEGEVENS

Contact ouders (vader, moeder, voogd, familielid)

Naam: tel/gsm:

Naam: tel/gsm:

Contact huisdokter

Naam: tel/gsm:

Contact specialist

Naam: tel/gsm:

Onderhoudsmedicatie/behandeling/instructie van de behandelende arts:

(Benaming, dosis, wijze van toediening)

.....
.....
.....
.....
.....

Graag bezorgen aan de klasleerkracht.