



**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