



ALLERGY ALERT

Full Name of Child (Write in Capitals)

الاسم الكامل للطفل

I am allergic to:

:لدي حساسية من

My reactions include:

:تشمل الأعراض

Please use my supplied medication/or my EpiPen in the event of a reaction:

Name of supplied medication and directions to administer:

:يرجى استخدام دوائي التالي في حالة حدوث اي رد فعل: اسم الدواء المتوفر وتوجيهات الإدارة:

Emergency contact names and telephone numbers, in case of emergency:

: في حالة الطوارئ يرجى التواصل مع الارقام التالية

Name الاسم	Telephone Number رقم الهاتف	Relationship صلة القرابة
Name الاسم	Telephone Number رقم الهاتف	Relationship صلة القرابة
Name الاسم	Telephone Number رقم الهاتف	Relationship صلة القرابة