

SCHOOL DISTRICT OF NEW LONDON - HEALTH SERVICES

ANIMAL ALLERGY – Action Plan - **CONFIDENTIAL**

Student Name _____ Grade _____ Age _____ Date of Birth _____
Parent/Guardian _____ Work# _____ Cell # _____

Animal(s) child is allergic to: _____

- ☐ Child is *severely* allergic - *No animals with fur should be allowed around my child.*
☐ No concern having an animal in the classroom (Show & Tell) and the child may touch the animal.
☐ Child needs to wash hands after touching the animal.

Symptoms of allergic reaction: _____ Date of last allergic reaction: _____

Medication is required at school if he/she comes in contact with an animal? ☐ Yes ☐ No (parent must supply meds)

Please tell us what action you would like taken in case of an allergic reaction at school.
(Please check all that apply)

- ☐ Notify parent by:
☐ Send note home ☐ Call parent or guardian ☐ Notify health office at school
☐ Administer medication ☐ Allow to rest ☐ Call 911
☐ Other/Comments: _____

NOTE: If medication is needed at school, prescription medication must come with the correct prescription label on the bottle or box, over the counter medication must be a new unopened package and must be kept at school for your child to participate in field trips/extracurricular activities.

Medication Name(s): _____ ☐ Prescription ☐ Non-Prescription

Dosage(s): _____ Route(s): _____ Time(s): _____

Starting Date: _____ Termination Date: **August 30, 2026**

Precautions, possible *unfavorable* reactions, and/or interventions: _____

Health Care Provider Name (please print): _____

Provider's Phone: _____ Provider's Fax # (required): _____

Health Care Provider Signature: _____

(Health Care Provider signature is required annually for all prescription medications)

Parent Signature _____ Date _____

School Nurse Signature _____ Date _____

Upon completing this form, please hand it in at registration/open house, have the doctor fax it, OR save it and email the form to Jenny Penn, MSN, RN at jpenn@newlondon.k12.wi.us. Thank you.

DISTRITO ESCOLAR DE NEW LONDON - SERVICIOS DE SALUD

(Spanish Animal Allergy) ALERGIA A LOS ANIMALES – Plan de Accion - CONFIDENCIAL

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
Padre/Guardián _____ # de trabajo _____ # de celular _____

Animal(es) al que el niño/a es alérgico/a: _____

☐ *El niño/a es muy alérgico/a: no se deben permitir animales con pelo cerca de mi hijo/a..*

☐ No se preocupe por tener un animal en el salón el niño/a puede tocar el animal.

☐ El niño/a debe lavarse las manos después de tocar al animal.

Síntomas de una reacción alérgica: _____ Fecha de la última reacción alérgica: _____

¿Es necesaria la medicación en la escuela si el niño/a entra en contacto con un animal? ☐ Sí ☐ No (los padres deben suministrar medicamentos)

Por favor, díganos qué acción le gustaría que se tomara en caso de una reacción alérgica en la escuela.

(Marque todas las Opciones que Correspondan)

☐ Notificar a los padres por:

☐ Enviar nota a casa ☐ Llamar a los padres o guardianes ☐ Notificar a la oficina de salud de la escuela.

☐ Administrar medicamentos ☐ Dejar reposar ☐ Llamar al 911

☐ Otros/Comentarios: _____

NOTA: Si se necesitan medicamentos en la escuela, los medicamentos recetados deben venir con la etiqueta de receta correcta en el frasco o la caja, los medicamentos sin receta medica deben ser un paquete nuevo sin abrir y deben conservarse en la escuela para que su hijo/a participe en excursiones/actividades extracurriculares..

Nombre(s) del medicamento: _____ ☐ Prescripción ☐
Sin-Prescripción

Dosis: _____ Rutas: _____ Horario(s): _____ Fecha de

Inicio: _____ Fecha de finalización: **30 de agosto de 2026**

Precauciones, posibles reacciones *desfavorables* y/o intervenciones: _____

Nombre del Proveedor de Atención Médica (por favor imprima): _____

Teléfono del Proveedor: _____ Fax del Proveedor # (requerido): _____

Firma del proveedor de atención médica: _____
(Se requiere la firma del proveedor de atención médica anualmente para todos los medicamentos recetados)

Firma del Padre _____ Fecha _____

Firma del enfermero de la escuela _____ Fecha _____

Una vez que haya completado este formulario, imprímalo y entréguelo en el momento de la inscripción o la jornada de puertas abiertas, o guárdelo y envíelo por correo electrónico a Jenny Penn, MSN, RN a jpenn@newlondon.k12.wi.us. Gracias.

QUARTIER SCOLAIRE DE NEW LONDON - SERVICES DE SANTÉ

(French Animal Allergy) ALLERGIE AUX ANIMAUX- Plan d'action - **CONFIDENTIEL**

Nom de l'étudiant _____ Grade _____ Âge _____ Date de Naissance _____
Parent/Tuteur _____ # de travail _____ # téléphone portable _____

Animal(es) al que el niño/a es alérgico/a: _____

- ☐ *L'enfant est très allergique : les animaux à fourrure ne doivent pas être autorisés à proximité de mon enfant.*
☐ Ne vous inquiétez pas de la présence d'un animal dans la classe ; l'enfant pourrait le toucher.
☐ L'enfant doit se laver les mains après avoir touché l'animal.

Symptômes d'une réaction allergique: _____ Date de la dernière réaction allergique: _____

¿Des médicaments sont nécessaires à l'école si l'enfant entre en contact avec un animal? ☐ Ouais ☐ Non (les parents doivent fournir les médicaments)

Veillez nous indiquer quelle mesure vous souhaiteriez voir prise en cas de réaction allergique à l'école.

(Cochez tout ce qui s'applique)

- ☐ Informer les parents en:
☐ Envoyer un message à la maison ☐ Appeler les parents ou tuteurs ☐ Prévenez le service de santé scolaire.
☐ Administrer des médicaments ☐ laisse reposer ☐ Appelez le 911
☐ Autres/Commentaires: _____

REMARQUE : Si des médicaments sont nécessaires à l'école, les médicaments sur ordonnance doivent être accompagnés de la bonne étiquette d'ordonnance sur le flacon ou la boîte, les médicaments en vente libre doivent être un emballage neuf et non ouvert et doivent être conservés à l'école pour que votre enfant puisse participer aux sorties scolaires activités extrascolaires.

Nom(s) du médicament: _____ ☐ Ordonnance ☐ Sans ordonnance

Dose: _____ Itinéraires: _____ Horaires: _____

Date de début: _____ Date de fin: **30 août 2026**

Précautions, réactions indésirables possibles et/ou interventions : _____

Nom du fournisseur de soins de santé (veuillez imprimer): _____

Téléphone du fournisseur: _____ Télécopie du fournisseur # (requis): _____

Signature du prestataire de soins de santé: _____

(Signature du prestataire de soins de santé requise chaque année pour tous les médicaments sur ordonnance)

Signature des parents _____ Date _____

Signature de l'infirmière scolaire _____ Date _____

Une fois que vous avez rempli ce formulaire, imprimez-le et remettez-le au moment de l'inscription ou de la journée portes ouvertes, ou enregistrez-le et envoyez-le par courrier électronique à Jenny Penn, MSN, RN à jpenn@newlondon.k12.wi.us. Merci.