



## ARMONYS RESTAURATION - SERVICE DIÉTÉTIQUE - PAI 2021/2022

### Document A : Demande de première prise en charge ou modification de PAI pour allergie alimentaire ou régime diététique

Ce document A est à compléter pour toute première demande de prise en charge ou lors d'une modification pour allergie ou régime diététique spécifique.

ENFANT CONCERNE PAR LE PAI				
NOM et PRENOM		DATE DE NAISSANCE		CLASSE
JOUR(S) DE PRÉSENCE DE L'ENFANT AU RESTAURANT SCOLAIRE :				
<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi ou vacances (ALSH) <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi				

COORDONNEES DES REPRESENTANTS LEGAUX		
Nom- Prénom >	Parent 1 :	Parent 2 :
Téléphone domicile / Portable >		
Téléphone travail >		
Mail >		
Adresse postale >		

	NOM	TÉLÉPHONE
Établissement scolaire >		
Médecin scolaire >		

<b>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT (À REMPLIR PAR LES PARENTS) :</b>
<input type="checkbox"/> <b>Nécessite un repas sans allergène :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allergique à : .....</li> <li>▪ Réactions en cas d'ingestion de l'allergène : .....</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Nécessite un régime spécifique :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pathologie * : .....</li> </ul>

<b>PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT (1/2)</b> <b><u>ALLERGOLOGUE OU MÉDECIN - PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE</u></b> <b><u>(JOINDRE IMPERATIVEMENT LE CERTIFICAT MEDICAL)</u></b>
Nom médecin : .....Prénom : .....Tél. : .....
Adresse : .....
Recommandations en terme de restauration : .....
En cas d'allergie, veuillez préciser la sensibilité de l'enfant :
o Traces autorisées : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (information IMPERATIVE pour l'étude de la demande, car déterminante dans la modalité de prise en charge de l'enfant)
Mesures à prendre en cas de réaction et dans l'attente de secours : .....

\* exemples de pathologies : diabète, mucoviscidose, phénylcétonurie, trouble de déglutition, etc...

<b>NOM et PRENOM</b>		<b>DATE DE NAISSANCE</b>		<b>CLASSE</b>	
--------------------------	--	------------------------------	--	---------------	--

### PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT (2/2)

Éléments à fournir par la famille :

- Le présent PAI dûment complété
- Le certificat médical
- La conduite à tenir / protocole (traitement, matériel et utilisation, si nécessaire)

Je m'engage à informer le service restauration de tout changement en cours d'année.

Fait à ..... Le ..... / ..... / 20\_\_

Signature du représentant légal de l'enfant

Tout dossier incomplet, ne pourra être étudié.

La prise en charge spécifique ne sera effective qu'après validation de l'ensemble des partenaires : le service se réservant le droit de solliciter un panier repas, fourni par la famille, le temps de l'étude de la demande de prise en charge du PAI.

*Cadre réservé à Armonys Restauration*

#### **DECISION D'ARMONYS RESTAURATION POUR L'ANNEE 2021/2022 :**

- Demande refusée : .....
- Panier repas fourni par la famille  Repas Natâma sans allergènes
- Repas spécifique cuisiné par le restaurant scolaire : éviction du produit ou adaptation du menu

Libellé du repas :

.....

Date de rentrée : \_\_ / \_\_ / 202\_\_

Fait à ..... Le .....

Signature  
du responsable de secteur

Signature  
du Service Diététique

Signature  
du (de la) responsable en cuisine

Le :