



ARMONYS RESTAURATION - SERVICE DIÉTÉTIQUE - Année 2023/2024

Demande de prise en charge pour allergie/intolérance alimentaire **A**

Chers parents,

Armonys Restauration est le prestataire qui prépare les repas de votre enfant.

Dans le cadre de sa prise en charge pour **allergie ou intolérance alimentaire**, nous vous demandons de **faire compléter ce document par votre médecin** (généraliste ou allergologue).

Sans ce document, et notamment l'information concernant l'autorisation des traces, **nous ne pourrions pas accueillir votre enfant en toute sécurité.**

NOM et PRENOM de l'enfant	DATE DE NAISSANCE	CLASSE
---------------------------------	----------------------	--------

	NOM	TÉLÉPHONE
Établissement scolaire / multi-accueil >		
Commune >		

Nous vous remercions de compléter le (ou les) allergènes concernés et de préciser si votre enfant peut consommer des aliments contenant des traces du (ou des) allergènes mentionnés ?

Précisions concernant les traces, il s'agit :

- des mentions sur l'étiquetage de précaution des industriels (« peut contenir des traces de ... », « a été fabriqué dans un atelier qui utilise... »)
- et les éventuelles traces possibles lors de la fabrication des plats dans nos cuisines

Allergène :	Traces autorisées : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergène :	Traces autorisées : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergène :	Traces autorisées : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergène :	Traces autorisées : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergène :	Traces autorisées : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Si les allergènes ne sont pas à déclaration obligatoire et/ou si les traces ne sont pas autorisées pour un seul des allergènes, alors un PANIER REPAS fourni par la famille pourra être demandé.

Dans ce cas, merci de préciser les recommandations à prendre lors du service :

- Repas à prendre de façon isolée oui non
- Assiette et couverts spécifiques apportés par la famille oui non

L'enfant dispose-t-il d'une trousse d'urgence ? oui non

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) école ou PMI* signé oui non

Fait à

Le / / 20__

Signature représentant légal

Visa et cachet du médecin ou allergologue

NOM et PRENOM de l'enfant		DATE DE NAISSANCE		CLASSE	
--	--	------------------------------	--	---------------	--

Cadre réservé à Armonys Restauration

DECISION D'ARMONYS RESTAURATION POUR L'ANNEE 2023/2024 :

Panier repas fourni par la famille

Repas spécifique cuisiné par le restaurant scolaire : éviction du produit

Libellé du repas :

.....

Date de rentrée : __ / __ / 20 __

Fait à Le

Signature du responsable de secteur

Signature du Service Diététique

Signature du (de la) responsable en cuisine

Le :

RECONDUCTION ANNEE SUIVANTE :

Date de rentrée : __ / __ / 20 __

Fait à

Signature du (de la) responsable en cuisine

Le :

Signature du Service Diététique

Signature du (de la) responsable en cuisine

Le :