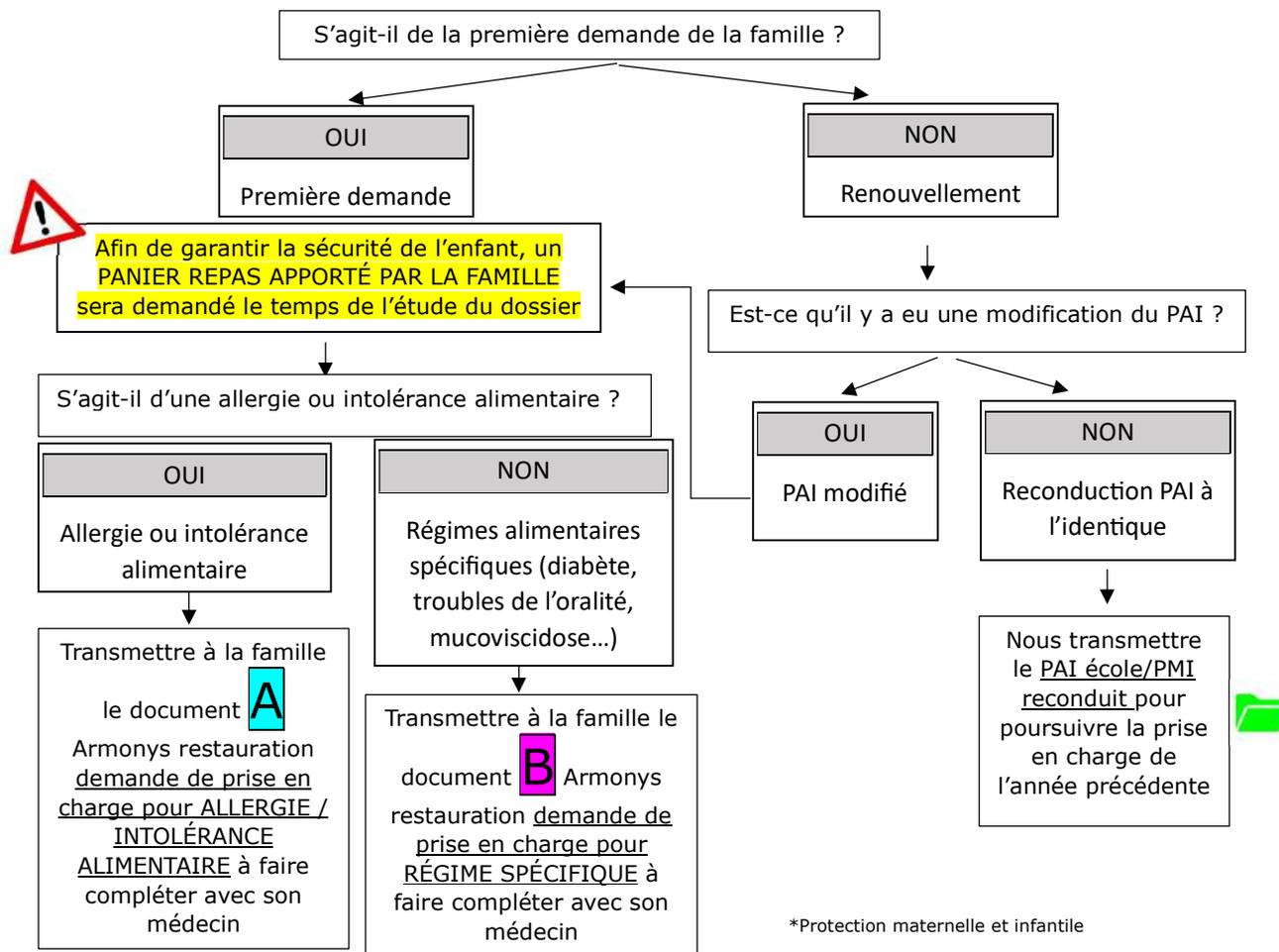


## PROCÉDURE « DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR ALLERGIE/INTOLÉRANCE ou RÉGIME DIÉTÉTIQUE SPÉCIFIQUE »

Demander à la famille le PAI complété avec l'école ou la PMI\* signé par le médecin scolaire/PMI



Documents à transmettre sur [dietetique@armonys-restauration.fr](mailto:dietetique@armonys-restauration.fr)

- le PAI école ou PMI signé par le médecin scolaire / PMI
- le document Armonys restauration correspondant à la pathologie de l'enfant **A** ou **B**

La décision de prise en charge vous sera confirmée par mail.

Une solution proportionnée sera proposée :

- soit poursuite du panier repas fourni par la famille : le repas de l'enfant est préparé par la famille et les modalités pour le service étant détaillées sur les documents Armonys restauration.
- soit préparation d'un repas spécifique par Armonys restauration lors de régimes diététiques simples, d'intolérances alimentaires ou d'allergies liées à une denrée simple.

Les commandes de repas spécifiques, sont à inclure dans le nombre total de repas commandés. Bien préciser la présence de l'enfant lors de la commande.

Pour l'annulation de demande de prise en charge spécifique en cours d'année (départ de l'enfant ou fin de régime/allergie), nous transmettre par mail la demande avec le PAI école/PMI actualisé et la prescription médicale correspondante sur [dietetique@armonys-restauration.fr](mailto:dietetique@armonys-restauration.fr).



## ARMONYS RESTAURATION - SERVICE DIÉTÉTIQUE - Année 2024/2025

### 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

<b>NOM et PRENOM de l'enfant</b>		<b>DATE DE NAISSANCE</b>		<b>CLASSE</b>	
--	--	------------------------------	--	---------------	--

*Cadre réservé à Armonys Restauration*

**DECISION D'ARMONYS RESTAURATION POUR L'ANNEE 2024/2025 :**

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 :



# ARMONYS RESTAURATION - SERVICE DIÉTÉTIQUE - Année 2024/2025

## Demande de prise en charge pour régime diététique spécifique **B**

Chers parents,

**Armonys Restauration** est le prestataire qui prépare les repas sur le restaurant scolaire de votre enfant.

Dans le cadre de sa prise en charge spécifique, nous vous demandons de **faire compléter ce document par votre médecin** (généraliste ou spécialiste).

Sans ce document, **nous ne pourrions pas accueillir votre enfant en toute sécurité.**

NOM et PRENOM de l'enfant	DATE DE NAISSANCE	CLASSE

	NOM	TÉLÉPHONE
Établissement scolaire >		
Restaurant scolaire >		

### Votre enfant nécessite un régime diététique spécifique.

Affection / maladie de l'enfant :	Type de régime	Prise en charge
<input type="checkbox"/> Diabétique : .....	.....g de glucides / midi Quantité de féculents : ..... g / repas Quantité de pain : ..... g / repas Repas type : ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Suivi par infirmière lors de repas <input type="checkbox"/> Pas de repas spécifique à préparer : repas classique (avec pain à disposition) <input type="checkbox"/> Quantité de féculents / pain à adapter pour l'enfant (voir ci-contre) <input type="checkbox"/> Autre : préciser..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Mucoviscidose : .....	<input type="checkbox"/> Repas enrichi en matière grasse et en sel ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Mettre à disposition ... micro-beurres demi-sel et salière <input type="checkbox"/> Autre : préciser ..... .....
<input type="checkbox"/> Autres : ..... ..... .....	Préciser ..... ..... .....	Préciser ..... ..... .....

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

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) Éducation nationale signé  oui  non

Signature représentant légal

Visa et cachet du médecin

Fait à .....

Le ..... / ..... / 20\_\_

--

--

<b>NOM et PRENOM de l'enfant</b>		<b>DATE DE NAISSANCE</b>		<b>CLASSE</b>	
--	--	------------------------------	--	---------------	--

*Cadre réservé à Armonys Restauration*

**DECISION D'ARMONYS RESTAURATION POUR L'ANNEE 2024/2025 :**

Panier repas fourni par la famille

Repas spécifique cuisiné par Armonys restauration : adaptation du repas

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 :