



ARMONYS RESTAURATION - SERVICE DIÉTÉTIQUE - PAI 2019/2020

Demande de prise en charge pour allergie alimentaire ou régime diététique

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 (ALSH) <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi				

	COORDONNEES DES REPRESENTANTS LEGAUX	
	MÈRE	PÈRE
Nom, prénom >		
Portable - tél. fixe >		
Téléphone travail >		
Mail >		
Adresse postale >		

	NOM	TÉLÉPHONE
Restaurant scolaire >		
Établissement scolaire >		
Médecin scolaire >		

HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT	
<input type="checkbox"/>	première prise en charge
<input type="checkbox"/>	mangeait au restaurant scolaire l'année précédente : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> avec un <u>panier repas</u> fourni par la famille <input type="checkbox"/> avec un <u>repas spécifique</u> fourni par le restaurant scolaire : éviction du produit / adaptation du menu <input type="checkbox"/> avec un <u>repas « Natâma »</u> sans allergènes fourni par le restaurant scolaire

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

ALLERGOLOGUE OU MÉDECIN - PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE

IMPORTANT : merci de joindre IMPERATIVEMENT un certificat médical de l'allergologue.

Nom : Tél. :

Adresse :

Recommandations en terme de restauration :

Sensibilité de l'enfant :

- Traces autorisées : oui non
- Dosage des IgE (Immunoglobuline E) :

Mesures à prendre en cas de réaction et dans l'attente de secours :

.....

.....

Fait à

Le

Signature du représentant légal de l'enfant

Cadre réservé à Armonys Restauration

DECISION D'ARMONYS RESTAURATION POUR L'ANNEE 2019/2020 :

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 : __ / __ / 20__ Fait à Le

Signature du responsable de secteur

Signature du Service Diététique

Signature du (de la) responsable en cuisine

Le :