

- COMMUNE DE
Conthey
VALAIS • SUISSE

☐ Lait cuit	☐ Oui	☐ Non
☐ Lupin	☐ Oui	☐ Non
☐ Mollusques	☐ Oui	☐ Non
☐ Moutarde	☐ Oui	☐ Non
☐ Œufs crus	☐ Oui	☐ Non
☐ Œufs cuits (180°C, > 30 minutes)	☐ Oui	☐ Non
☐ Noisette	☐ Oui	☐ Non
☐ Noix de cajou, pistache	☐ Oui	☐ Non
☐ Noix de pécan, noix de noyer	☐ Oui	☐ Non
☐ Noix de macadamia	☐ Oui	☐ Non
☐ Noix du Brésil	☐ Oui	☐ Non
☐ Pignon	☐ Oui	☐ Non
☐ Poissons	☐ Oui	☐ Non
☐ Sésame	☐ Oui	☐ Non
☐ Soja	☐ Oui	☐ Non
☐ Autres (préciser):	☐ Oui	☐ Non

Informations:

Le diagnostic du médecin sera analysé par notre fournisseur de repas afin de définir la faisabilité ou non du régime.

En cas d'allergie sévère, qui pourrait impliquer la mise en danger de la santé de l'enfant concerné, notre fournisseur ne pourra pas prendre la responsabilité de la fourniture de repas et/ou des collations et recommandera que les repas soient fournis par les parents.

En cas d'allergie légère, qui n'implique pas une mise en danger de la santé de l'enfant, des repas pourront être fournis sous réserve des critères donnés par le médecin.

Dans tous les cas, une éventuelle contamination croisée ne peut être exclue, ce qui fait qu'une ou plusieurs substances allergènes pourraient se trouver involontairement dans un repas étant donné la préparation de tout type de menu dans la même cuisine.

En cas d'allergie sévère, les repas devront être pris en charge par les représentants légaux, le temps que le fournisseur de repas prenne sa décision.

Attestation:

Le médecin FMH, pédiatre ou allergologue de l'enfant atteste de l'exactitude des informations mentionnées dans ce formulaire.

Timbre du médecin

Date:

Signature:

Partie complétée par le fournisseur de repas de la structure d'accueil communale

Nom du fournisseur: Foyer Haut-de-Cry (Vétroz)

Nom du responsable de la cuisine:

Avis sur la prise en charge des repas de l'enfant (Nom et Prénom):

☐ Favorable

☐ Défavorable

Commentaires:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Décision finale:

☐ Prise en compte du régime alimentaire par le fournisseur

☐ Repas non pris en charge par le fournisseur

Timbre du fournisseur

Date:

Signature: