

PAI Allergie Alimentaire

Annexe 1

NOM	Prénom	Né(e) le
Téléphones domicile et portable		
Établissement Scolaire		Classe

Allergie à

RESTAURATION SCOLAIRE ET GOUTER/PETIT DEJEUNER

Recommandations du médecin référent de la pathologie

En cas de besoins spécifiques sur le temps de restauration, ce document doit être rempli par le médecin référent de la pathologie, qui détermine les mesures à mettre en œuvre pour garantir la santé de l'élève, et par le représentant du service restauration (mairie dans le 1er degré, chef d'établissement dans le 2nd degré ou autre) qui atteste de la possibilité de leur mise en œuvre.

<input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective <input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée : <input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration <input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même (affichage INCO) <input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution <input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)	<input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la famille <input type="checkbox"/> Boissons <input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires <input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier <input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation
--	--

Préciser :

Date :

Signature et cachet du médecin référent de

A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE EN CHARGE DE LA RESTAURATION SCOLAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT

Possibilité de mise en œuvre des recommandations du médecin référent :

- Non ➡ mode de restauration proposé
 Panier repas fourni par la famille
 Plateau repas industriel garanti sans allergène
 Éviction de l'allergène gérée par le personnel
 Autre :

Oui

Date et signature du responsable de la restauration scolaire