



Formulaire de déclaration d'allergie(s) et/ou intolérance(s) alimentaire(s)

Photo

1. Informations sur l'enfant

Nom : _____

Adresse : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Structure d'accueil : _____

2. Coordonnées des parents ou représentants légaux

Répondant 1 :

Nom : _____

Adresse : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Répondant 2 :

Nom : _____

Adresse : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Email : _____

3. Médecin traitant ou allergologue

Nom : _____

Adresse : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Email : _____

4. Diagnostic médical

Merci de cocher la ou les cases correspondant au diagnostic. Ce formulaire doit être co-signé par le médecin traitant ou l'allergologue, ce qui tient lieu d'attestation médicale du diagnostic. En cas de nécessité particulière, un certificat médical complémentaire pourra être demandé par la structure.

☐ Intolérance(s) alimentaire(s) : _____

☐ Allergie(s) légère(s) : _____

☐ Allergie(s) sévère(s) : _____

☐ Allergie(s) sévère(s), y compris trace(s) de... : _____

5. Informations complémentaires sur la santé de l'enfant

Veuillez indiquer les éléments utiles à la prise en charge en cas de réaction, selon le diagnostic établi :

- Médicaments à administrer (nom + posologie) : _____

- Injections à prévoir en cas d'urgence (ex : Epipen) : _____

- Autres besoins, précautions ou consignes spécifiques : _____

☐ Une trousse de secours contenant les médicaments nécessaires est transmise à la structure d'accueil.

Contenu : _____

Les parents sont responsables du contrôle des dates de péremption et du renouvellement.

☐ Un plan de traitement en cas de réaction allergique est joint.

Obligatoire en cas d'anaphylaxie et pour toute allergie sévère.

6. Symptômes et mesures à prendre

(À remplir si aucun plan médical n'est fourni ou en complément à titre informatif)

Symptômes observés	Actions à effectuer / Traitement à administrer

7. Modalités de prise en charge par le prestataire de repas

Le prestataire de repas se réserve le droit d'accepter ou non la livraison de repas adaptés, en fonction du diagnostic médical.

➤ Intolérance(s) ou allergie(s) légère(s)

Des repas adaptés seront proposés selon les indications du médecin. L'absence totale de contamination croisée ne peut être garantie.

➤ Allergie(s) sévère(s) sans présence de traces

Un entretien avec les parents pourra être demandé avant validation de la livraison du repas.

➤ Allergie(s) sévère(s) avec risque de traces

Une décision sera prise après entretien avec les parents. Une décharge parentale peut être exigée.

8. Responsabilités

Les parents s'engagent à informer la structure d'accueil de toute modification relative aux informations communiquées dans le présent document. Sauf contre-indication ou modification communiquée par écrit par le parent/représentant légal, les informations contenues dans ce formulaire restent valables pour toute la durée d'inscription de mon enfant dans la structure d'accueil. Les parents prennent connaissance que, malgré les mesures mises en place, le risque de contamination croisée ne peut être totalement exclu.

Nous attestons avoir rempli ce formulaire avec exactitude et certifions la validité des informations fournies.

Date : _____ Signature du médecin traitant : _____

Date : _____ Signature(s) du/des parent(s) représentant(s) légal(aux) : _____

Document à transmettre par les parents uniquement par voie électronique.