

Aliment(s) concerné(s) :

- Œufs crus
- Œufs cuits (180°C, > 30 minutes)
- Noisette
- Noix de cajou, pistache
- Noix de pécan, noix de noyer
- Noix de macadamia
- Noix du Brésil
- Pignon
- Poissons
- Sésame
- Soja
- Autres (préciser) : _____

Peut consommer des trace(s) :

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Informations

Le diagnostic du médecin sera analysé par les services compétents afin de définir la faisabilité du régime dans notre restaurant.

En cas d'allergie sévère, qui pourrait impliquer la mise en danger de la santé de la personne concernée, Eldora SA ne peut prendre la responsabilité de la fourniture de repas et/ou des collations et préconise la mise en place d'un panier repas.

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

Dans tous les cas, nous ne pouvons exclure une éventuelle contamination croisée qui ferait 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.

Attestation

Nous attestons avoir rempli ce questionnaire avec précision et attestons de la validité de ces informations. Nous confirmons aussi avoir pris connaissance des informations données par chaque intervenant.

Le demandeur ou les parents/représentants légaux du bénéficiaire :

Date :

Signature :

Le médecin FMH, pédiatre ou allergologue atteste de l'exactitude des informations données sur ce formulaire et estime l'accès à un restaurant de collectivité compatible avec l'allergie ou l'intolérance alimentaire décrite ci-dessus.

Timbre



Date :

Signature :