

## DEMANDE D'ADAPTATIONS DE REPAS POUR ALLERGIES OU INTOLERANCES ALIMENTAIRES

Ce document a été élaboré par les HUG et le CHUV afin de faciliter les échanges d'informations entre le médecin, les parents et l'entreprise de restauration collective. Il nous a été recommandé par le SSEJ de Genève.

Nom de l'enfant					
Structure d'accueil fréquentée :					
Nom:	Prénom :	Age :			
Représentant légal					
☐ Madame ☐ Monsieur					
Nom:	Prénom :				
Renseignements concernant l'intolérance alir	mentaire	Intolérance			
Aliments concernés :					
☐ Gluten ☐ Lactose ☐ Anhydride sulfureux et sulfites ☐ Amines biogènes ☐ Autres (préciser) :					
Renseignements concernant l'allergie alimentaire					
Aliment(s) concerné(s) :	Peut consommer des trac	ces :			
Cacahuète, arachides Blé (Gluten) Céleri Crustacés Lait cru Lait cuit Lupin Mollusques Moutarde	☐ Oui         ☐ No           ☐ Oui         ☐ No	on on on on on on			

Aliment(s) concerné(s) : Peut		Peut consommer de	ut consommer des traces :	
	Œufs Fruits à coques (Noix, noisettes) Poissons Sésame Soja Autres (préciser):	☐ Oui ☐ Oui ☐ Oui ☐ Oui ☐ Oui ☐ Oui	☐ Non	
Infor	mations			
Novae Restauration SA ne peut exclure de ses cuisines les éventuelles contaminations croisées qui feraient qu'un allergène pourrait se retrouver involontairement dans un repas. Novae Restauration SA ne peut donc exclure de ses préparations d'éventuelles traces d'allergènes.  Veuillez noter que la politique de Novae Restauration SA est de n'utiliser aucun produit de la famille des fruits à coques et des arachides dans ses restaurants scolaires. Toutefois, nous pouvons être amenés à utiliser des matières premières « pouvant contenir des traces de fruits à coques et/ou arachides ». C'est pourquoi nous ne pouvons garantir l'absence de traces même pour ces groupes d'allergènes.  Les responsables nutrition de Novae Restauration SA se tiennent à disposition des parents pour organiser une rencontre et échanger sur les allergies ou intolérances de leur enfant.				
Attes	station			
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 :		

Page : 3/3

## Partie Réservée à la société de restauration collective

Structure à l'origine de la demande				
Nom de la structure d'accueil :				
Nom de l'enfant :				
Avis du service Qualité sur la prise en charge « sécurité des denrées alimentaires »				
☐ Favorable ☐	Défavorable			
Durant la période d'attente de ces différents avis, les re la société de restauration collective.	epas ne seront pas pris en charge par			
Décision finale				
Prise en charge du régime alimentaire par la société de restauration collective				
Repas non pris en charge par la société de restauration collective				
Nom, date et signature de la responsable nutrition :				
Nom, date et signature du gérant :				