

CERTIFICAT MÉDICAL POUR RÉGIME D'ÉVICTION DES ALLERGÈNES ALIMENTAIRES AU RESTAURANT SCOLAIRE

Ce certificat doit être ***rempli impérativement par un médecin allergologue** (qui s'engage conformément à la circulaire à prescrire les médicaments composant la trousse d'urgence).

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Restaurant scolaire :

Allergène(s) responsable(s) :	<i>*rayer la mention inutile</i>
.....	Eviction absolue OU Traces autorisées*
.....	Eviction absolue OU Traces autorisées*
.....	Eviction absolue OU Traces autorisées*
.....	Eviction absolue OU Traces autorisées*

Manifestations allergiques :

.....

.....

Pain autorisé : OUI NON *(rayer la mention inutile)*

Conformément à la circulaire n° 99 181 du 10/11/99 publiée au Bulletin Officiel du Ministère de L'Education Nationale, de la Recherche et la Technologie, n°41 du 18/11/99, j'atteste avoir transmis ce même dossier au médecin scolaire de l'enfant, accompagné des résultats des tests effectués.

Date et signature

Tampon du médecin allergologue*