

CERTIFICAT POUR REGIME D'EVICITION

DES ALLERGENES 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.....PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE...../...../.....

RESTAURANT SCOLAIRE.....

ALLERGÈNE (S) RESPONSABLE (S) : * Rayer la mention inutile.

..... Éviction absolue OU Traces autorisées *

..... Éviction absolue OU Traces autorisées *

..... Éviction absolue OU Traces autorisées *

..... Éviction absolue OU Traces autorisées *

..... Éviction absolue OU Traces autorisées *

MANIFESTATIONS ALLERGIQUES.....

.....

.....

Conformément à la circulaire n° 99 181 du 10/11/99 Publiée au Bulletin Officiel du Ministère de l'Éducation Nationale, de la Recherche et de 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 test effectués.

Date.....

Tampon du médecin

Signature