

**Dossier d'enfant ou adolescent présentant  
une/des allergies alimentaires  
(École)**

**Élève**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

Etablissement : .....

Classe : ..... Maître (sse) de classe .....

**Parents ou répondants de l'élève**

• Nom de la mère : ..... Prénom de la mère : .....

Tél. domicile : ..... Tél. professionnel : ..... Tél. portable : .....

• Nom du père : ..... Prénom du père : .....

Tél. domicile : ..... Tél. professionnel : ..... Tél. portable : .....

• Autre personne de contact : .....

Tél. domicile : ..... Tél. professionnel : ..... Tél. portable : .....

**Médecin traitant**

• Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

**Infirmière scolaire**

• Nom : ..... Prénom : .....

Tél. : .....

**Responsable accueil réfectoire**

• Nom : ..... Prénom : .....

Tél. : .....

**No d'urgence du service le plus proche**

.....

**Concordance SA**

N°	Date	N° Version	Visa
F286	31.01.19	4	RQ2

**Diagnostic du médecin traitant**

Intolérance alimentaire :

.....  
 .....

Allergie légère, merci de fournir un certificat médical :

.....  
 .....

Allergie sévère, merci de fournir un certificat médical :

.....  
 .....

Allergie sévère, y compris trace de : (prévoir rdv avec les parents pour décision)

.....  
 .....

**Besoins particuliers de l'élève :**

(à connaître par l'enseignant, la responsable de réfectoire, l'infirmière scolaire)

Médicaments :

.....  
 .....

Injections :

.....  
 .....

Autres :

.....  
 .....

**Symptômes en cas d'intolérance ou d'allergie :**

Signes

A faire

.....  
 .....

.....  
 .....

---

**Concordance SA**

N°	Date	N° Version	Visa
F286	31.01.19	4	RQ2

**Concordance S.A. - Fournisseur de repas au réfectoire scolaire**

Selon le diagnostic du médecin traitant, nous nous gardons le droit de décider de livrer ou pas des repas à l'élève concerné.

Intolérance alimentaire ou allergie légère :

En cas d'intolérance alimentaire ou allergie légère, **ce qui n'implique pas une mise en danger de la vie de l'élève concerné**, des repas-régime seront définis et livrés en fonction des critères donnés par le médecin.

*(Nous ne pouvons toutefois pas garantir à 100% d'être à l'abri d'une éventuelle contamination croisée qui ferait qu'une ou plusieurs substances proscrites pourraient se trouver involontairement dans un repas)*

Allergie sévère :

En cas d'allergie sévère sans trace de, nous pourrions demander une rencontre avec les parents si nécessaire avant de valider la livraison du repas.

Allergie sévère, y compris trace de :

En cas d'allergie sévère, y compris trace de, **ce qui pourrait impliquer la mise en danger de la vie de l'enfant concerné**, nous déciderons, après avoir rencontré les parents, si nous fournissons tout de même le repas avec une décharge signée des parents ou pas.

**Renseignements pour le/la responsable accueil réfectoire**

L'élève a une/des intolérances alimentaires et est fourni en repas-régime par le fournisseur de repas

L'élève a une/des allergies sévères et apporte son « Panier repas » fourni par les parents

Pendant la pause repas, l'élève doit prendre des médicaments :

Lequel : ..... Quand : ..... Combien : .....  
 Lequel : ..... Quand : ..... Combien : .....  
 Lequel : ..... Quand : ..... Combien : .....

*(les parents sont responsables de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler si nécessaire)*

Une trousse de secours contenant les médicaments susmentionnés est à disposition :

Où : ..... *(un double de ce document est à mettre dans la trousse)*

Contenu :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

En cas de déplacement scolaire donner la trousse à l'accompagnant.

*(La ou les personnes chargées de devoir éventuellement intervenir et administrer médicaments ou injections doivent recevoir une formation du personnel médical afin d'administrer correctement les soins en cas de nécessité).*

**Concordance SA**

N°	Date	N° Version	Visa
F286	31.01.19	4	RQ2

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 :

**Les parents et/ou répondants de l'élève :**

Date.....Signature.....

Date.....Signature.....

**Le médecin traitant :**

Date.....Signature.....

**Le (la) maître (sse) de classe :**

*(est chargé de transmettre si nécessaire ces informations à l'ensemble des enseignants concernés)*

Date.....Signature.....

**L'infirmière scolaire :**

Date.....Signature.....

**Le (la) responsable accueil réfectoire scolaire :**

*(est chargé de transmettre si nécessaire ces informations au personnel concerné)*

Date.....Signature.....

**Le fournisseur de repas - Concordance SA :**

Date.....Signature.....

**(une copie est à transmettre à chaque personne concernée, ainsi qu'à la direction des écoles)**

---

**Concordance SA**

N°	Date	N° Version	Visa
F286	31.01.19	4	RQ2