

**DEMANDE D'ADAPTATION 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.

Personne bénéficiaire du régime

Madame Monsieur Structure d'accueil fréquentée :

Nom : Prénom :

Représentant

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Renseignements concernant l'intolérance alimentaire

Intolérance

Aliments concernés :

- Gluten
- Lactose
- Anhydride sulfureux et sulfites
- Amines biogènes
- Autres (préciser) : _____

Renseignements concernant l'allergie alimentaire

Allergie

Aliment(s) concerné(s) :

Peut consommer des traces :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cacahuète, arachides | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Blé (Gluten) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Céleri | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Crustacés | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Lait de vache | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Lait de brebis et chèvre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Lupin | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Mollusques | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Moutarde | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Aliment(s) concerné(s) :

- Œufs
 Fruits à coques, noix, noisettes, etc.
 Poissons
 Sésame
 Soja
 Autres (préciser) :

Peut consommer des traces :

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <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

Novae Restauration SA ne peut exclure de ses préparations d'éventuelles traces d'allergènes.

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 :

Partie Réservée à la société de restauration collective

Structure à l'origine de la demande

Nom de la structure d'accueil :

Avis du service Qualité sur la prise en charge « sécurité des denrées alimentaires »

Favorable

Défavorable

Avis du Responsable sur la prise en charge opérationnelle (Gérant)

Favorable

Défavorable

Durant la période d'attente de ces différents avis, les repas ne seront pas pris en charge par la société de restauration collective.

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

Date :

Signature Service qualité :

Signature Gérant/e :