

**PAI Allergie Alimentaire
Annexe 1**

NOM	Prénom	Né(e) le
Téléphones domicile et portable		
Établissement Scolaire		Classe

Allergie à

RESTAURATION SCOLAIRE ET GOUTER/PETIT DEJEUNER
Recommandations du médecin référent de la pathologie

En cas de besoins spécifiques sur le temps de restauration, ce document doit être rempli par le médecin référent de la pathologie, qui détermine les mesures à mettre en œuvre pour garantir la santé de l'élève, et par le représentant du service restauration (mairie dans le 1er degré, chef d'établissement dans le 2nd degré ou autre) qui atteste de la possibilité de leur mise en œuvre.

☐ Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective ☐ Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée : ☐ Par le service responsable de la restauration ☐ Par l'élève lui-même (affichage INCO) ☐ Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution ☐ Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)	☐ Goûter et/ou collations fournis par la famille ☐ Boissons ☐ Suppléments alimentaires ☐ Priorité de passage ou horaire particulier ☐ Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation
--	--

Préciser :

Date :

Signature et cachet du médecin référent de

A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE EN CHARGE DE LA RESTAURATION SCOLAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT

Possibilité de mise en œuvre des recommandations du médecin référent :

- ☐ Non ➡ mode de restauration proposé
- ☐ Panier repas fourni par la famille
 - ☐ Plateau repas industriel garanti sans allergène
 - ☐ Éviction de l'allergène gérée par le personnel
 - ☐ Autre :
- ☐ Oui

Date et signature du responsable de la restauration scolaire