

**CERTIFICAT MEDICAL POUR REGIME D'EVICION
DES ALLERGENES ALIMENTAIRES AU RESTAURANT SCOLAIRE**

Ce certificat doit être rempli par un médecin allergologue

NOM.....

PRENOM.....

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

RESTAURANT SCOLAIRE

ALLERGENE(S) RESPONSABLE (S) :

Traces autorisées ou Eviction absolue

Laitages vache brebis chèvre

Œuf

Gluten (blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut)

Poissons Crustacés Mollusques

Céleri

Moutarde

Soja

Arachide Fruits à coque (amandes, noisettes, noix, noix de cajou, pistaches)

Sésame

Lupin

Fruit(s) : Cru Cuit

.....

.....

Autre(s) :

Proposition de restauration par le médecin prescripteur :

Eviction simple

Régime spécifique garanti par le distributeur de restauration collective

Panier repas apporté sous la responsabilité de la famille

Date et Signature :

TAMPON du MEDECIN ALLERGOLOGUE :



VILLE DE
MARSEILLE