



# CERTIFICAT MÉDICAL POUR RÉGIME D'ÉVICTION DES ALLERGÈNES 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 : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Restaurant scolaire : .....

Allergène(s) responsable(s) : *\*rayer la mention inutile*

..... Eviction absolue OU Traces autorisées \*

..... Eviction absolue OU Traces autorisées \*

..... Eviction absolue OU Traces autorisées \*

..... Eviction absolue OU Traces autorisées \*

Manifestations allergiques : .....

.....

.....

Pain autorisé :                    OUI                    NON                    *(rayer la mention inutile)*

Conformément à la circulaire n° 99 181 du 10/11/99 publiée au Bulletin Officiel du Ministère de L'Education Nationale, de la Recherche et 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 tests effectués.

Date et signature

Tampon du médecin allergologue \*