

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ALLERGIES OU INTOLÉRANCES ALIMENTAIRES

ANNÉE 2022/2023

CENTRE DES MARAIS
43 rue de Châteaubriant
35770 VERN SUR SEICHE
Tél 02 99 62 83 27

ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Né(e) le ____/____/____ Sexe : Féminin / Masculin

Adresse de l'enfant

PERSONNES A CONTACTER EN CAS DE BESOIN

Nom / Prénom _____ Lien parenté _____

Tél. _____

Nom / Prénom _____ Lien parenté _____

Tél. _____

Nom / Prénom _____ Lien parenté _____

Tél. _____

SOUFFRE D'ALLERGIES à :

- _____
- _____
- _____
- _____

**Cet aliment doit être complètement
retiré des repas**

OUI / NON
 OUI / NON
 OUI / NON
 OUI / NON

SOUFFRE D'UNE INTOLERANCE à :

- _____
- _____
- _____
- _____

**Cet aliment doit être évité mais les repas
peuvent contenir des traces de cet aliment**

OUI / NON
 OUI / NON
 OUI / NON
 OUI / NON

Quelle est la conduite à tenir en cas de réaction allergique ?

(pour des réactions sévères, prendre rendez-vous avec la directrice de l'accueil de loisirs)

En cas de traitement médical, *fournir une ordonnance pour l'administration de médicaments.*

Médecin traitant : _____ Tél. ____/____/____/____/____.

Signature
(Précédée de « *Lu et approuvé* »)

Date ____/____/____