

**Merci de renvoyer ce formulaire à : AEE - Route de l'Ancienne Scierie 12 - 1263 Crassier ou par courriel : [reseau@asse-boiron.ch](mailto:reseau@asse-boiron.ch)**

Les informations transmises dans ce formulaire seront traitées en toute confidentialité. Elles nous sont nécessaires pour prendre position sur la faisabilité du régime alimentaire en cas d'allergie ou d'intolérance, afin de garantir la sécurité de nos convives.

**Ce formulaire a été élaboré en partenariat avec le service d'allergologie et d'immunologie du CHUV et des HUG. Nous tenons à disposition des médecins un rapport d'expertise médicale sur le sujet.**

### Personne bénéficiaire du régime

Madame       Monsieur      Restaurant fréquenté :  
 Nom :      Prénom :

### Représentant (si personne mineure ou sous curatelle)

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) :

- Amande  
 Cacahuète, arachides  
 Blé (Gluten)  
 Céleri  
 Crustacés  
 Lait cru  
 Lait cuit  
 Lupin  
 Mollusques  
 Moutarde

#### Peut consommer des trace(s) :

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <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 |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**Aliment(s) concerné(s) :**

- Œufs crus  
 Œufs cuits (180°C, > 30 minutes)  
 Noisette  
 Noix de cajou, pistache  
 Noix de pécan, noix de noyer  
 Noix de macadamia  
 Noix du Brésil  
 Pignon  
 Poissons  
 Sésame  
 Soja  
 Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

**Peut consommer des trace(s) :**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <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 |
| <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**

Le diagnostic du médecin sera analysé par les services compétents afin de définir la faisabilité du régime dans notre restaurant.

En cas d'allergie sévère, qui pourrait impliquer la mise en danger de la santé de la personne concernée, Eldora SA ne peut prendre la responsabilité de la fourniture de repas et/ou des collations et préconise la mise en place d'un panier repas.

En cas d'allergie légère, qui n'implique pas une mise en danger de la santé de la personne concernée, des repas pourront être fournis sous réserve des critères donnés par le médecin.

Dans tous les cas, nous ne pouvons exclure une éventuelle contamination croisée qui ferait qu'une ou plusieurs substances allergènes pourraient se trouver involontairement dans un repas étant donné la préparation de tout type de menu dans la même cuisine.

**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 Réservee à Eldora SA (ne pas compléter)**

Processus : S7 - Surveillance - Überwachung - Monitoring	Type de document : Formulaire - Formular - Form
HACCP Demande de régime allergie_intolérance	S7.F122 v4

### Restaurant à l'origine de la demande

Numéro et nom de l'établissement :

Nom du responsable de restaurant :

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

Favorable

Défavorable

**En cas d'avis favorable, respecter la procédure fournie par le service Qualité.**

### Avis du service des exploitations sur la prise en charge opérationnelle

Favorable

Défavorable

**Durant la période d'attente de ces différents avis, les repas ne seront pas pris en charge par le restaurant.**

### Décision finale

Prise en charge du régime alimentaire par le restaurant

Repas non pris en charge par le restaurant