

Demande d’inscription au repas-étude de midi

L’élève

Nom : Prénom :
Classe : Titulaire :

Les parents soussignés

Nom : Prénom :
Adresse : Localité :
Téléphone :

Notre enfant s’inscrit pour le repas et l’étude surveillée du :

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aux parents et aux titulaires

- Le prix du repas est de CHF 10.- Les bons de repas s’achètent à la cantine ou auprès de la commune (où ils sont parfois subventionnés) puis remis à la personne responsable.
- Les inscriptions se font pour toute l’année scolaire.
- Les élèves inscrits ont l’obligation de manger à la cantine et de suivre l’étude surveillée de 12h45 à 13h45, au bâtiment 39.
- Les absences justifiées doivent être signalées à l’avance aux responsables des repas-études (voir agenda scolaire).
- Les élèves étant sous notre responsabilité, ils ne sortent pas du périmètre de l’école.
- Sous réserve du nombre de places, la priorité est donnée aux élèves d’Arbaz, de Grimisuat, de Mont-Noble et de St-Léonard. (exceptions possibles).
- Le formulaire d’inscription signé par les parents doit être remis au titulaire qui se chargera de le déposer au **secrétariat**.
- Un repas adapté peut être proposé aux élèves souffrant d’allergies ou d’intolérances alimentaires. Dans ce cas, le formulaire en annexe est remis avec l’inscription, signé par les représentants légaux et un médecin.

Lieu et date : Signature :

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.

Déclaration de confidentialité



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 :

INTOLERANCE Renseignements concernant l'intolérance alimentaire

Aliments concernés :

- Gluten : maladie cœliaque
- Gluten : hypersensibilité au gluten non cœliaque
- Lactose
- Anhydride sulfureux et sulfites
- Amines biogènes
- Autres (préciser) : _____

ALLERGIE Renseignements concernant l'allergie alimentaire

Attention : ne cocher que le ou les aliments au(x)quel(s) le bénéficiaire est allergique.

Aliment(s) concerné(s) :

- Amande
- Avoine (gluten)
- Cacahuète, arachides
- Blé, épeautre, blé de Khorasan (gluten)
- Céleri
- Crustacés
- Lait cru
- Lait cuit
- Lupin
- Mollusques
- Moutarde
- Œufs crus
- Œufs cuits (180°C, > 30 minutes)

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

Attention : ne cocher que le ou les aliments au(x)quel(s) le bénéficiaire est allergique.

Aliment(s) concerné(s) :

- Orge (gluten)
- Noisette
- Noix de cajou, pistache
- Noix de pécan, noix de noyer
- Noix de macadamia
- Noix du Brésil
- Pignon
- Poissons
- Seigle (gluten)
- 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 :