



FICHE SANITAIRE

ALLERGIES & INTOLERANCES

RESTAURANT D'ENFANTS LA TOUR DE SALVAGNY

ANNEE SCOLAIRE

Conformément à la circulaire n°2003-135 du 8.09.2003, ce document obligatoire, et renouvelable chaque année, vise à décrire les conditions d'accueil des convives atteints par une allergie, une intolérance ou une contre-indication médicale

ETAPE 1 : Partie à remplir par le Chef de la cuisine (ou un Représentant du Restaurant d'Enfants)

Nom et Prénom du convive :

Nom du Chef : Pierre VOUILLON

Nom du « Référent santé » au sein de l'établissement : Jean-Christophe JACQUET (Président)

Localisation de l'établissement (lieu de préparation et de consommation) : La Tour de Salvagny - Code site 046

Signature du Chef de cuisine + Cachet de l'établissement :
(ou du Référent de l'établissement)

Fait à :

Le :

ETAPE 2 : Partie à remplir par le Représentant légal du convive mineur

Vous autorisez le Restaurant scolaire à utiliser la photo de votre enfant afin d'établir un trombinoscope à usage interne, pour permettre à notre Personnel de Cuisine et au Service l'identification des enfants allergiques accueillis avec un PAI

Date de naissance du convive : Établissement scolaire :

Nom et Prénom du convive : Classe :

Allergie(s) / Intolérance(s) alimentaires confirmée(s) du convive :

Nom et Prénom du Responsable légal (Parent) :

Adresse postale :

Adresse mail :

N° de téléphone d'un Parent en cas d'urgence :

Signature du Représentant légal du convive mineur :

Fait à :

Le :

ETAPE 3 : Partie à remplir par le Médecin traitant ou allergologue

Nom du Médecin : Téléphone :

Type d'allergie(s) (préciser le ou les allergènes en cause) :

.....
.....

Aliments interdits à exclure :

.....
.....

Traces autorisées : Oui Non

Forme d'allergie :

- Allergie
 Intolérance

Niveau de sensibilité à l'allergène :

- Peu sensible (évitement simple de l'allergène)
 Très sensible (allergie aux traces)

Gravité des manifestations liées en cas d'ingestion de l'allergène :

- Manifestations allergiques sans enjeu vital (rougeurs, eczéma, inconfort digestif...)
 Manifestations allergiques graves pouvant conduire à un choc anaphylactique (enjeu vital)

PROTOCOLE D'URGENCE

1 - COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE (case à cocher) :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> AERIUS Desloratadine | <input type="checkbox"/> ANAPEN | <input type="checkbox"/> SOLUPRED Prednisolone |
| <input type="checkbox"/> XYZALL Levocétirizine | <input type="checkbox"/> JEXT | <input type="checkbox"/> VENTOLINE Salbutamol |
| <input type="checkbox"/> KESTIN Ebastine | <input type="checkbox"/> EIPEN | <input type="checkbox"/> AIROMIR Salbutamol |
| <input type="checkbox"/> EMERADE | <input type="checkbox"/> VENTILASTIN Salbutamol | <input type="checkbox"/> CELESTENE Bétaméthasone |

TROUSSE D'URGENCE NON REQUISE (motif à préciser) :

La trousse contenant les traitements nécessaires (non périmés) et une chambre d'inhalation si besoin, doit être fournie par la famille dès la rentrée. Cette trousse, une copie du présent PAI et le protocole d'injection correspondant seront réunis et conservés dans un lieu unique clairement identifié et connu par le Personnel de Service en charge de l'Enfant

2 - CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE pendant ou juste après avoir mangé
(jusqu'à 2h après le repas)

SI REACTION LEGERE :

- Apparition d'au moins un des signes suivants :
- La bouche qui pique ou gratte, le nez qui coule
 - Les lèvres gonflent
 - Plaques rouges qui grattent
 - Un peu mal au ventre, envie de vomir

MAIS IL PARLE ET RESPIRE BIEN

→ 1. Donner (case à cocher)

- AERIUS XYZALL KESTIN

Dose :

- SOLUPRED orodispersible

Dose :

- AUTRES :

→ 2. Surveiller l'enfant et prévenir les Parents

SI AGGRAVATION OU REACTION SEVERE D'EMBLEE :

Apparition d'au moins un des signes suivants :

- La voix change
- Il a du mal à parler
- Il respire mal, siffle, touse
- Très mal au ventre, vomit
- Se gratte les mains, les pieds, la tête
- Il se sent mal ou bizarre, il fait un malaise

→ **1. Injecter (case à cocher)**

- ANAPEN EMERADE EPIPEN JEXT
- Poids < 25kg = dose 0,15mg
 Poids ≥ 25kg = dose 0,30mg

→ **2. Appeler le centre 15 (112) et suivre ses consignes**

→ **3. Aider à respirer en donnant (sur indication du 15) :**

- VENTOLINE
- entre 10 et 20 kg : 5 bouffées
 supérieur à 20 kg : 10 bouffées

- SOLUPRED (dose) :
 ou CELESTENE (dose) :

- AERIUS XYZALL KESTIN
Dose :

Signature et cachet du Médecin (obligatoires) :

Fait à :

Le :

ETAPE 4 : Partie réservée à l'Association du Restaurant d'Enfants

Conclusion et décision de l'Association du Restaurant d'Enfants et du Service Diététique pour l'accueil du convive au sein du Restaurant scolaire :

- Repas préparé et adapté par le Chef de cuisine** (menu « aménagé » ou de « substitution »)
Malgré toutes nos précautions sur les conditions d'accueil du convive, la responsabilité de l'Association du Restaurant d'Enfants ne saurait être engagée en cas de réaction liée à l'allergie ou à l'intolérance subie par le convive lors de son repas. Les Parents choisissent en toute connaissance de cause le risque potentiel d'un repas pris en collectivité
- Panier repas apporté par le convive**
Le panier repas portera le nom de l'Enfant et devra être apporté chaque matin en cuisine pour être conservé dans le réfrigérateur prévu à cet effet (maintien de la chaîne du froid, identification rigoureuse...)
- Refus (motif à préciser)**
Au regard des éléments présentés, le Restaurant d'Enfants ne peut accueillir dans de bonnes conditions de sécurité le convive. Cet avis peut être revu en cours d'année sur demande des Parents

Signature et cachet de l'Association du Restaurant d'Enfants :

Fait à :

Le :