

|   |  |
|---|--|
| Processus : S7 - Surveillance - Überwachung -<br>Monitoring | Type de document : Formulaire<br>- Formular - Form |
| HACCP Demande de régime allergie_intolérance                | S7.F122 v6   |

## 1. DOMAINE D'APPLICATION

Le présent formulaire s'applique aux sociétés affiliées suivantes du Groupe Eldora :

- Eldora SA



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

**Aliment(s) concerné(s) :**

- 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 |

**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)

### Restaurant à l'origine de la demande

Numéro et nom de l'établissement :

Nom du responsable de restaurant :

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

- Favorable
- Défavorable

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

### Avis du pôle 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