

Formulaire CG2/Crèche/AES – Allergie / intolérance alimentaire

Nom de l'enfant Prénom

Structure : Crèche Arc-en-ciel Crèche les Dauphins Crèche les Cerisiers
 AES Cormanon AES Rochettes AES Villars-Vert AES Platy

A remplir par le médecin :

Type d'information : Allergie Intolérance alimentaire

Identification précise de l'aliment allergène ou entraînant une intolérance :

.....
.....

Description des symptômes en cas d'ingestion ou de contact avec l'aliment :

.....
.....

Procédure à suivre en cas d'ingestion ou de contact avec l'aliment :

.....
.....

Coordonnées du médecin :

Nom et prénom : Adresse :

Num. téléphone :

Date : Timbre et Signature :

Usage interne uniquement

Reçu le / par

Programme à jour Equipe et cuisine informée

Nom du document	Auteur	Date du document	Numéro de version	Page 1/1
Crèche/AES – Formulaire CG2 – Information médicale	MD/AP	08.2023	1	