

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉGIMES ALIMENTAIRES ANNÉE SCOLAIRE .....

Commune de \_\_\_\_\_

- Le/la soussigné(e) (PRÉNOM NOM DE FAMILLE) \_\_\_\_\_
- Parent/tuteur de (PRÉNOM NOM DE FAMILLE) DE L'ÉLÈVE) \_\_\_\_\_

• OU BIEN

- Le/la soussigné/e opérateur scolaire/enseignant \_\_\_\_\_

téléphone/téléphone portable (uniquement en cas de besoin d'informations complémentaires)

adresse de courrier électronique (facultative) \_\_\_\_\_

École concernée : Nom de l'école \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Section \_\_\_\_\_

- CRÈCHE  
 ÉCOLE MATERNELLE  
 ÉCOLE PRIMAIRE  
 ÉCOLE SECONDAIRE  
 1er DEGRÉ

### Marquer les repas consommés à l'école et fournis par CIRFOOD

- PETIT DÉJEUNER  COLLATION EN MILIEU DE MATINÉE  DÉJEUNER  COLLATION EN MILIEU D'APRÈS-MIDI

Jours de présence  LUNDI  MARDI  MERCREDI  JEUDI  VENDREDI

Le soussigné, tel qu'il est identifié ci-dessus :

1. **DEMANDE** pour son propre enfant/pour soi-même en qualité d'enseignant utilisateur du service de restauration, la production d'un RÉGIME ALIMENTAIRE pour :

<input type="checkbox"/> Intolérance alimentaire à (préciser le ou les aliments) – dans ce but, on joint un certificat du médecin traitant, avec le diagnostic et la liste des aliments à exclure du régime : ..... .....
<input type="checkbox"/> Allergie alimentaire à (préciser le ou les aliments) – dans ce but, on joint un certificat du médecin traitant avec le diagnostic et la liste des aliments à exclure de l'alimentation : ..... ..... <input type="checkbox"/> doit être considéré comme « EN DANGER DE MORT » (exige un traitement pour garantir la survie car il/elle risque de subir des réactions allergiques graves, une hospitalisation ou un choc anaphylactique)
<input type="checkbox"/> Maladie métabolique ou auto-immune (précisez s'il s'agit de diabète, de maladie coéliqua, de favisme, etc.) – dans ce but, on joint un certificat du médecin traitant avec le diagnostic : ..... ..... <input type="checkbox"/> doit être considéré comme « EN DANGER DE MORT » (exige des médicaments de survie car il/elle risque d'être hospitalisé(e) et présente des risques graves pour sa santé)

<input type="checkbox"/> Autres (difficultés de déglutition et/ou de mastication, troubles du comportement alimentaire, etc. ; définir le type de régime requis) – à cet effet, <u>on joint un certificat du médecin traitant indiquant le diagnostic et la liste des aliments à exclure de l'alimentation :</u>   
<input type="checkbox"/> <b>ANNULATION du régime alimentaire</b> – dans ce but, on joint un certificat du médecin traitant, avec une ordonnance prescrivant un régime libre

**2. DÉCLARE, comme indiqué sur le certificat médical ci-joint que :**

- l'allergène présent à l'état de traces ou dans l'usine de production **PEUT** être toléré
- l'allergène présent à l'état de traces ou dans l'usine de production **NE PEUT PAS** être toléré  
 (En cas de non-autorisation nous procéderons à l'élimination de l'alimentation de toutes les traces possibles déclarées dans les fiches techniques des produits exemple : régime sans traces de légumineuses → éliminer de l'alimentation tous les produits emballés et non emballés contenant l'allergène SOJA → de le régime alimentaire sera supprimé herbe-pizza-farine-biscuits-gâteaux-glaces etc.)

**3. INFORMATIONS SUR LE PAIN ARTISANAL:**

- 1) LES INGRÉDIENTS DU PAIN SONT : FARINE DE BLÉ, LEVURE ET ÉVENTUELLEMENT SEL ET HUILE D'OLIVE EXTRA-VIERGE ;
- 2) LES FOURNISSEURS ARTISANAUX AUPRÈS DESQUELS CIRFOOD S'APPROVISIONNE DÉCLARENT QU'IL CONTIENT DU GLUTEN ET PEUT CONTENIR DES TRACES DES ALLERGÈNES SUIVANTS : CRUSTACÉS, ŒUFS, POISSONS, ARACHIDES, SOJA, LAIT Y COMPRIS LE LACTOSE, FRUITS À COQUE, CÉLERI, MOUTARDE, GRAINES DE SÉSAME, ANHYDRIDE SULFUREUX ET SULFITES, LUPINS, MOLLUSQUES, étant donné que dans le même atelier et éventuellement sur la même ligne de production sont effectuées d'autres productions contenant ceux-ci (aux termes du règlement UE 1169/2011, des décrets législatifs italiens 109/92, 88/2009 ainsi que leurs amendements ultérieurs).

**EN CAS DE POSSIBILITÉ DE CONSOMMATION DE PAIN CONTENANT DES TRACES ALLERGÈNES, IL EST DEMANDÉ QUE CETTE AUTORISATION SOIT SPÉCIFIÉE SUR LE CERTIFICAT MÉDICAL RÉDIGÉ PAR LE SPÉCIALISTE.**

Dans le cas où il serait impossible de mettre à jour la certification du médecin spécialiste, il incombe et il est obligatoire pour le déclarant de remplir la présente autocertification. En l'absence de cette complétion, l'**alternative** que CIRFOOD fournit est représentée par un produit exempt de tous les allergènes mentionnés ci-dessus, constitué de **GALETTES DE RIZ**.

**Autocertification - Déclaration tenant lieu de certification (art. 46 et 47 décret présidentiel du 28 décembre 2000 n. 445)**

Le/la soussigné(e) \_\_\_\_\_  
 Code fiscal \_\_\_\_\_  
 Né à \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
 Résident à \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) en \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Conscient que toute personne faisant de fausses déclarations est punie conformément au code pénal et aux lois spéciales en la matière, conformément aux dispositions de l'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

Conscient de ce qui est mentionné ci-dessus, le soussigné **DÉCLARE que**

- l'allergène présent à l'état de traces ou au sein du laboratoire de production **PEUT ÊTRE TOLÉRÉ**
- l'allergène présent à l'état de traces ou se trouvant dans l'atelier de production **NE PEUT PAS ÊTRE TOLÉRÉ**

#### 4. INFORMATIONS SUR LES PÂTES DE SEMOULE :

Les principaux producteurs auprès desquels CIRFOOD s'approvisionne déclarent que les pâtes contiennent du GLUTEN et peuvent contenir des traces de l'allergène SOJA, car celui-ci a été détecté dans les semoules utilisées pour la production (aux termes du règlement UE 1169/2011, des décrets législatifs italiens 109/92, 88/2009 ainsi que leurs amendements ultérieurs).

**EN CAS DE POSSIBILITÉ DE CONSOMMATION DE PÂTES DE SEMOULE CONTENANT DE SOJA, IL EST DEMANDÉ QUE CETTE AUTORISATION SOIT SPÉCIFIÉE SUR LE CERTIFICAT MÉDICAL RÉDIGÉ PAR LE SPÉCIALISTE.**

Dans le cas où il serait impossible de mettre à jour la certification du médecin spécialiste, il incombe et il est obligatoire pour le déclarant de remplir la présente autocertification. En l'absence de cette complétion, l'**alternative** que CIRFOOD fournit est un produit sans l'allergène soja, constitué de **RIZ**.

**Autocertification - Déclaration tenant lieu de certification (art. 46 et 47 décret présidentiel du 28 décembre 2000 n. 445)**

Le/la soussigné(e) \_\_\_\_\_  
Code fiscal \_\_\_\_\_  
Né à \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
Résident à \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) en \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Conscient que toute personne faisant de fausses déclarations est punie conformément au code pénal et aux lois spéciales en la matière, conformément aux dispositions de l'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

Conscient de ce qui est mentionné ci-dessus, le soussigné **DÉCLARE que**

- l'allergène présent à l'état de traces ou au sein du laboratoire de production **PEUT ÊTRE TOLÉRÉ**
- l'allergène présent à l'état de traces ou se trouvant dans l'atelier de production **NE PEUT PAS ÊTRE TOLÉRÉ**

Le consommateur a également demandé un repas alternatif pour des raisons éthiques ou religieuses (en cas de demande de pas alternatif, il est nécessaire de remplir également le FORMULAIRE DE DEMANDE DE REPAS ALTERNATIFS POUR DES RAISONS ÉTHIQUES OU RELIGIEUSES).

**VOUS ÊTES CONSCIENT QUE** la procédure mise en œuvre prévoit ce qui suit :

- **Seuls des certificats émanant de SPÉCIALISTES, tels que des pédiatres généralistes, des spécialistes en allergologie et/ou en maladies métaboliques, seront acceptés ; les certificats délivrés par des spécialistes autres que ceux indiqués ne seront pas acceptés** (il est préférable d'utiliser le formulaire « CERTIFICAT AVEC INDICATIONS REQUISES POUR LES RÉGIMES ALIMENTAIRES AUX FINS DE LA RESTAURATION SCOLAIRE » ci-joint).
- **Nous N'acceptons PAS les déclarations d'autres professionnels de la santé et les rapports d'analyse dénués de certification médicale.**
- **À défaut d'une indication médicale spécifique**, le régime alimentaire demandé sera valable pour une année scolaire (de septembre à juin)
- Les demandes de régime pour des maladies métaboliques et auto-immunes permanentes telles que le diabète, la maladie cœliaque, le favisme, par exemple, sont valables pour tout le cycle scolaire (par exemple pour tout le séjour dans la même école maternelle, de la classe 1 à la classe 5 de la même école primaire, ...) même si cela n'est pas précisé dans le certificat médical.
- **Pour toutes les suspensions, intégrations et/ou restrictions du régime alimentaire, un certificat médical doit être présenté.**

CIRFOOD s.c.

Sede Legale

Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia - Casella Postale n° 65 - Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100

info@cirfood.com • www.cirfood.com

Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 - Registro imprese di Reggio Emilia n° 00464110352 - REA RE 132738

CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIETÀ COOPERATIVE con il numero A109985

Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÀ PREVALENTE - categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO

- Afin de protéger au maximum les utilisateurs qui sont soumis à un régime alimentaire, **aucune modification du régime (intégrations et/ou restrictions) qui serait communiquée verbalement ou signée sous forme d'auto-déclaration n'est acceptée**, ni de la part des enseignants, ni de la part des parents.
- Il est conseillé de conserver une copie des documents suivants avec le certificat médical, au cas où il faudrait les présenter en vue d'une participation aux centres d'été.
- Le soussigné est conscient que la documentation fournie peut être soumise à une évaluation de la part du dispensaire sanitaire local (ASL).

*Le soussigné déclare que les informations et les données fournies dans le présent formulaire sont exactes.*

Lieu et date

Signature lisible

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT – N.B. Seuls les certificats de SPÉCIALISTES sont acceptés, tels que les pédiatres, les spécialistes en allergologie et/ou en maladies métaboliques

Date \_\_\_\_\_

Il est certifié que l'enfant \_\_\_\_\_ M  F

Né à \_\_\_\_\_ présente :

**ALLERGIE ALIMENTAIRE**

Possibilité de réactions graves jusqu'au **choc anaphylactique** nécessitant la disponibilité immédiate d'adrénaline auto-injectable

OUI  NON

Identifié selon les procédures diagnostiques suivantes

- Examens in vivo (ex : Prick Test, Prick by Prick)
- Examens in vitro (ex : IgE spécifiques RAST, ISAC)
- Biopsie intestinale
- Breath test
- Test de provocation orale

**INTOLÉRANCE ALIMENTAIRE**

**MALADIE COELIAQUE**

**MALADIE MÉTABOLIQUE/DÉFICIT ENZYMATIQUE**

**AUTRE PATHOLOGIE**

N.B. Il est précisé que seules seront prises en considération les certifications médicales mentionnant des test diagnostiques reconnus par le ministère de la Santé.

Par conséquent, un régime alimentaire exempt des aliments suivants est demandé, ou correspondant aux indications diététiques suivantes.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autres spécifications**

- L'aliment ou allergène présent à l'état de traces ou au sein du laboratoire de production **PEUT** ÊTRE TOLÉRÉ
- L'aliment ou allergène présent à l'état de traces ou se trouvant dans l'atelier de production **NE PEUT PAS** ÊTRE TOLÉRÉ

Durée du régime alimentaire thérapeutique :

- Cycle scolaire complet
- Année scolaire complet
- N \_\_\_\_\_ mois

Cachet et signature du Médecin Traitant

\_\_\_\_\_

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE REPAS ALTERNATIF POUR DES RAISONS ÉTHIQUES OU RELIGIEUSES ANNÉE SCOLAIRE .....

Commune de \_\_\_\_\_

- Le/la soussigné(e) (PRÉNOM NOM DE FAMILLE) \_\_\_\_\_
- Parent/tuteur de (PRÉNOM NOM DE FAMILLE) DE L'ÉLÈVE) \_\_\_\_\_

• OU BIEN

- Le/la soussigné(e) opérateur scolaire/enseignant \_\_\_\_\_

téléphone/téléphone portable (uniquement en cas de besoin d'informations complémentaires)

adresse de courrier électronique (facultative) \_\_\_\_\_

École concernée : Nom de l'école \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Section \_\_\_\_\_

- CRÈCHE                       ÉCOLE MATERNELLE                       ÉCOLE PRIMAIRE                       ÉCOLE SECONDAIRE  
1er DEGRÉ

### Marquer les repas consommés à l'école et fournis par CIRFOOD

- PETIT DÉJEUNER     COLLATION EN MILIEU DE MATINÉE     DÉJEUNER     COLLATION EN MILIEU D'APRÈS-MIDI

Jours de présence                       LUNDI     MARDI     MERCREDI     JEUDI     VENDREDI

Le soussigné, tel qu'il est identifié ci-dessus :

1. **DEMANDE** pour son propre enfant/pour soi-même en qualité d'enseignant utilisateur du service de restauration, la production d'un repas à titre d'alternative pour motif éthique-religieux :

- Motivation religieuse
  - pas de viande, de n'importe quel type
  - pas de porc
  - pas de bovin
  - autre (spécifier) .....
- Motivation éthique
  - régime ovo-lacto végétarien (pas de viande, pas de poisson – œufs, lait et produits laitiers admis)
  - régime végétalien (pas de viande, pas de poisson, pas d'œufs, pas de lait et de produits laitiers)

2. Si un régime sanitaire s'avère nécessaire en raison d'une intolérance ou d'une allergie, le FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉGIME ALIMENTAIRE **doit également être rempli** et les documents qui s'imposent doivent être joints

3. Les exclusions ci-dessus NE tiennent PAS compte des éventuelles traces d'allergènes contenues dans les matières premières utilisées

4. La demande est considérée comme valable pour l'ensemble du cycle scolaire

5. Le soussigné est conscient que la documentation fournie peut être soumise à une évaluation de la part du dispensaire sanitaire local (ASL).

*Le soussigné déclare que les informations et les données fournies dans le présent formulaire sont exactes.*

Lieu et date

Signature lisible