



**Annexe 7 : Attestation médicale**

Nom, prénom :

Matricule :

Nom et adresse de la maison relais/crèche :

Cocher ici les allergènes ou détailler les aliments provoquant des allergies ou intolérances dans Autres :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 : céréales contenant du gluten :blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut | <input type="checkbox"/> 8: fruits à coque : amandes, noisettes, pistaches, noix, noix de cajou, noix de pecan, noix du Brésil, noix de Macadamia et noix de Queensland |
| <input type="checkbox"/> 2 : crustacés  | <input type="checkbox"/> 9 : céleri   |
| <input type="checkbox"/> 3 : œufs   | <input type="checkbox"/> 10 : moutarde  |
| <input type="checkbox"/> 4 : poissons   | <input type="checkbox"/> 11 : graines de sésame   |
| <input type="checkbox"/> 5 : arachides  | <input type="checkbox"/> 12 : sulfites  |
| <input type="checkbox"/> 6 : soja   | <input type="checkbox"/> 13 : lupin   |
| <input type="checkbox"/> 7 : lait et produits laitiers (y compris lactose)                            | <input type="checkbox"/> 14 : mollusques  |
| <input type="checkbox"/> Autres à préciser de manière détaillée :                                     |   |

**Préciser absolument : Entourer**

Risque de choc anaphylactique  
(trousse d'urgence avec Adrénaline injectable, réaction  
sévère)

**oui / non**

**Prise des repas : Cocher**

1/ Pour un enfant **présentant un risque de choc anaphylactique** (une seule réponse possible)

- Repas fournis entièrement par les parents (petit déjeuner, repas de midi, et collations)  
 Repas industriel sans allergène type *Natâma* (petit déjeuner et collations fournis par les parents)

2/ Pour un enfant **ne présentant pas de risque de choc anaphylactique**

- Repas élaboré par la maison relais/crèche (petit déjeuner, repas de midi, et collations)

**Remarque importante : Malgré tous les efforts et toutes les précautions prises, la maison relais/crèche ne peut garantir l'absence de contaminations accidentelles dans les repas préparés et servis sur place.**

Date  
Code, signature et cachet du médecin