

***Fiche à retourner à la Mairie d'Abidos avant le 10 août 2025. Merci***

**FICHE RELATIVE AUX ALLERGIES ALIMENTAIRES confirmées par un certificat médical**  
**FICHE RELATIVE AUX URGENCES LIÉES A LA SANTÉ**

**1 fiche par enfant**

**Nom et prénom de l'enfant (majuscules) :** .....

**Classe :** .....

**Parent 1** (Nom et prénom) : .....

**Parent 2** (Nom et prénom) : .....

**Mettre une croix dans la case correspondante**

Liste des allergènes les plus courants	Mon enfant <b><u>PRÉSENTE</u></b> une allergie alimentaire	Mon enfant <b><u>NE PRÉSENTE PAS</u></b> d'allergie alimentaire
<u>Céréales</u> contenant du gluten (blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut ou leurs souches hybridés) et produits à base de ces céréales		
<b>Oeufs</b> et produits à base d'œufs		
<b>Poissons</b> et produits à base de poissons		
<b>Arachides</b> et produits à base d'arachide		
<b>Soja</b> et produits à base de soja		
<b>Lait</b> et produits à base de lait (y compris de lactose)		
<b>Fruits à coques</b> (amandes, noisettes, noix, noix de : cajou, pécan, macadamia, du Brésil, du Queensland, pistaches) et produits à base de ces fruits)		
<b>Céleri</b> et produits à base de céleri		
<b>Moutarde</b> et produits à base de moutarde		
<b>Graines de sésame</b> et produits à base de graines de sésame		
<b>Anhydride sulfureux et sulfites en concentration de plus de 10mg/kg ou 10 mg/l</b> (exprimés en SO <sub>2</sub> )		
<b>Lupin</b> et produits à base de lupin		
<b>Mollusques, crustacés</b> et produits à base de mollusques et de crustacés		

**SYNDICAT INTERCOMMUNAL DE REGROUPEMENT PÉDAGOGIQUE  
D'OS-MARSILLON – ABIDOS**

**Autre(s) allergie(s) alimentaire(s) présentée(s) par votre enfant non listée(s) dans le tableau ci-dessus :**

.....

.....

.....

**Votre enfant risque-t-il de nécessiter des soins médicaux d'urgence compte-tenu d'un problème de santé grave tel que :**

- Allergie avec auto-injecteur d'épinéphrine prescrit : ☐ porté sur l'enfant  
..... ☐ Armoire commune

- Problématique respiratoire (*ex : asthme*) avec inhalateur prescrit :  
\*inhalateur conservé à portée de l'enfant ☐ sac à dos ☐ armoire commune

- Autres problématiques de santé pouvant nécessiter de soins particuliers à l'école :

.....

.....

**Nous certifions (parent 1 - parent 2) avoir pris connaissance et accepter le règlement concernant la cantine pour l'année 2025-2026.**

**En cas d'allergie(s) alimentaire(s) présentée(s) par notre enfant, nous nous engageons (parent 1 - parent 2) à prendre contact avec le SIRP pour mettre en place un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).**

**Nous autorisons à ce que les informations inscrites sur cette fiche soient transmises, au besoin, aux membres du personnel de l'école.**

**Fait à ....., le .....**

**Signature des parents, ou tuteur.  
(Précédée de la mention "lu et approuvé")**