

DÉCLARATION DE NON-ALLERGIE AUX 14 ALLERGÈNES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

En application de l'Article R412-15 du Code de la consommation

(Merci de cocher les cases en fonction de vos réponses)

Nom et Prénom du consommateur : _____ Date de naissance : _____

Établissement : _____ Classe ou Fonction : _____

Représentant légal (si mineur) Nom et Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Je soussigné(e), Nom Prénom atteste sur l'honneur que :

1 - Je ne suis pas allergique à l'un des **14 allergènes à déclaration obligatoire**, listés ci-dessous, et que je ne présente pas de contre-indication à la consommation d'aliments pouvant en contenir :

- Gluten (céréales contenant du gluten : blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut ou leurs souches hybridées)
- Crustacés et produits à base de crustacés
- Œufs et produits à base d'œufs
- Poissons et produits à base de poissons
- Arachides et produits à base d'arachides
- Soja et produits à base de soja
- Lait et produits à base de lait (y compris lactose)
- Fruits à coque (amandes, noisettes, noix, noix de cajou, noix de pécan, noix du Brésil, pistaches, noix de macadamia, noix du Queensland)
- Céleri et produits à base de céleri
- Moutarde et produits à base de moutarde
- Graines de sésame et produits à base de graines de sésame
- Anhydride sulfureux et sulfites (en concentrations supérieures à 10 mg/kg ou 10 mg/l)
- Lupin et produits à base de lupin
- Mollusques et produits à base de mollusques

Je comprends que cette déclaration permet à l'établissement de **ne pas m'informer systématiquement sur la présence de ces allergènes dans les repas servis.**

Je reconnais que l'établissement met en place des mesures de gestion des risques liés aux allergènes, et je décharge l'établissement de toute responsabilité en cas de fausse déclaration de ma part.

2 - Je suis allergique à l'un ou plusieurs des allergènes

En cas d'allergie avérée, je m'engage à fournir un certificat médical attestant de cette (ces) allergie(s), afin de permettre à l'établissement de prendre les dispositions administratives nécessaires pour organiser l'accueil de mon enfant dans les conditions réglementaires. Toute mesure à caractère médical relèvera de l'appréciation du médecin scolaire compétent

Je comprends que sans la fourniture de ce certificat médical, l'établissement ne pourra pas garantir l'absence de ces allergènes dans les repas servis.

Dans tous les cas, je m'engage à informer immédiatement l'établissement de toute modification de cette déclaration ou de mon état de santé.

SIGNATURE

Date : // _____

Signature du consommateur (ou du représentant légal si mineur) :

À retourner à l'administration de l'établissement. Ce document sera conservé en cuisine pendant trois ans.