

Allergies alimentaires

Cochez, **si nécessaire**, les allergènes auxquels vous êtes sensibles

Nom : _____

Prénom : _____

	Céleri Salderij	<input type="checkbox"/>		Mollusques Weekdieren	<input type="checkbox"/>
	Œufs Eieren	<input type="checkbox"/>		Moutarde Mosterd	<input type="checkbox"/>
	Céréales contenant du gluten Glutenbevattende granen	<input type="checkbox"/>		Fruits à coque Noten	<input type="checkbox"/>
	Crustacés Schaaldieren	<input type="checkbox"/>		Arachides Aardnoten	<input type="checkbox"/>
	Poisson Vis	<input type="checkbox"/>		Graines de sésame Sesamzaad	<input type="checkbox"/>
	Lupin Lupine	<input type="checkbox"/>		Sulfites Sulfiet	<input type="checkbox"/>
	Lait Melk	<input type="checkbox"/>		Soja	<input type="checkbox"/>

Un justificatif du médecin doit être fourni

Date :

Signature :