



ARMONYS RESTAURATION - SERVICE DIÉTÉTIQUE - Année 2026/2027

Demande de prise en charge pour régime diététique spécifique **B**

Chers parents,

Armonys Restauration est le prestataire qui prépare les repas sur le restaurant scolaire de votre enfant.

Dans le cadre de sa prise en charge spécifique, nous vous demandons de **compléter ce document et de joindre à ce document le certificat du médecin spécialiste.**

Sans ces documents, **nous ne pourrions pas accueillir votre enfant en toute sécurité.**

| | | | | | |
|--|--|------------------------------|--|-----------------------------|--|
| NOM et PRENOM de l'enfant | | DATE DE NAISSANCE | | CLASSE / SECTION | |
| ETABLISSEMENT D'ACCUEIL | | COMMUNE | | | |

Votre enfant nécessite un régime diététique spécifique.

| Affection / maladie : | Type de régime | Prise en charge |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabétique : |g de glucides / midi Quantité de féculents : g / repas Quantité de pain : g / repas Repas type : | <input type="checkbox"/> Suivi par infirmière lors de repas <input type="checkbox"/> Pas de repas spécifique à préparer : repas classique (avec pain à disposition) <input type="checkbox"/> Quantité de féculents / pain à adapter pour l'enfant (voir ci-contre) <input type="checkbox"/> Autre : préciser..... |
| <input type="checkbox"/> Mucoviscidose : | <input type="checkbox"/> Repas enrichi en matière grasse et en sel | <input type="checkbox"/> Mettre à disposition ... micro-beurres demi-sel et salière <input type="checkbox"/> Autre : préciser |
| <input type="checkbox"/> Autres : | Préciser | Préciser |

Je soussigné(e), représentant légal de l'enfant accepte que les données (dont certaines relatives à la santé) concernant l'enfant nommé ci-dessus soient utilisées par Armonys Restauration à des fins de gestion du projet d'accueil individualisé.

Fait à Le / / 20__

Signature représentant légal

Les informations recueillies sur ce formulaire feront l'objet d'un traitement par Armonys Restauration à des fins de gestion des projets d'accueil individualisés des convives. Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par Armonys Restauration. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires habilités à y avoir accès, c'est-à-dire aux services diététique et opérations de la société. Les données sont conservées en base active le temps de l'inscription de l'enfant à la restauration scolaire suivi de 6 mois en archivage intermédiaire.

Conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données de votre enfant ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs relevant de la situation particulière de votre enfant, vous opposer au traitement des données le concernant.

Vous pouvez exercer vos droits en adressant une demande à l'attention du Délégué à la protection des données (DPO) de la société en indiquant vos nom, prénom et en mentionnant l'objet de votre demande comme suit « Exercice droit RGPD » soit par courrier électronique, à rgpd@armonys-restauration.fr ou par courrier postal à ARMONYS RESTAURATION - 4 rue Alfred Kastler PIBS 2 - 56000 VANNES

Si vous estimez, après avoir contacté le DPO, que vos droits à la protection des données ne sont pas respectés, vous pouvez également adresser une réclamation à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sur son site internet : www.cnil.fr/fr/plaintes ou par courrier postal en écrivant à : CNIL Service des Plaintes - 3. Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX07.

| | | | | | |
|--|--|------------------------------|--|-----------------------------|--|
| NOM et PRENOM de l'enfant | | DATE DE NAISSANCE | | CLASSE / SECTION | |
|--|--|------------------------------|--|-----------------------------|--|

Cadre réservé à Armonys Restauration

DECISION D'ARMONYS RESTAURATION POUR L'ANNEE 2026/2027 :

- Panier repas fourni par la famille
- Repas « classique »
- Repas spécifique cuisiné par Armonys restauration : adaptation du repas

Libellé du repas :

.....

Date de rentrée : __ / __ / 20 __

Fait à Le

Signature du responsable de secteur

Signature du Service Diététique

Signature du (de la) responsable en cuisine

Le :

RECONDUCTION ANNEE SUIVANTE :

Date de rentrée : __ / __ / 20 __

Fait à le

Signature du (de la) responsable de secteur

Le :

Signature du Service Diététique

Signature du (de la) responsable en cuisine

Le :