



RENCONTRES CULINAIRES DU TROISIÈME TYPE



FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'ALLERGIE

En classe, nous évaluerons l'apparence, la texture, le goût et l'odeur d'aliments destinés aux astronautes dans l'espace. Si vous souhaitez que votre enfant participe à la partie dégustation de cet exercice, veuillez déclarer toute allergie alimentaire qu'il pourrait avoir.

Nom de participant : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Numéro de téléphone en cas d'urgence : _____

Allergies alimentaires du participant : (inscrivez « aucune » le cas échéant)

Signature du parent ou du gardien : _____

Date : _____

Signature de participant : _____

Date : _____