

# CONCOURS DE DEGUSTATION



Sauras-tu démasquer les fruits mystère-

Si tu veux participer, rapporte ce bulletin rempli et signé par tes parents et présente toi à 11h45 au CDI

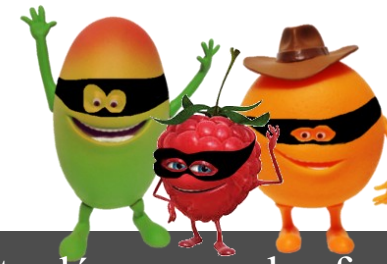
Lundi 8 octobre  
pour les 6èmes

Mardi 9 octobre  
pour les 5èmes

Jeudi 11 octobre  
pour les 4èmes

Vendredi 12 oct.  
pour les 3èmes

# CONCOURS DE DEGUSTATION



Sauras-tu démasquer les fruits mystère-

Si tu veux participer, rapporte ce bulletin rempli et signé par tes parents et présente toi à 11h45 au CDI

Lundi 8 octobre  
pour les 6èmes

Mardi 9 octobre  
pour les 5èmes

Jeudi 11 octobre  
pour les 4èmes

Vendredi 12 oct.  
pour les 3èmes

# CONCOURS DE DEGUSTATION



Sauras-tu démasquer les fruits mystère-

Si tu veux participer, rapporte ce bulletin rempli et signé par tes parents et présente toi à 11h45 au CDI

Lundi 8 octobre  
pour les 6èmes

Mardi 9 octobre  
pour les 5èmes

Jeudi 11 octobre  
pour les 4èmes

Vendredi 12 oct.  
pour les 3èmes

# CONCOURS DE DEGUSTATION



Sauras-tu démasquer les fruits mystère-

Si tu veux participer, rapporte ce bulletin rempli et signé par tes parents et présente toi à 11h45 au CDI

Lundi 8 octobre  
pour les 6èmes

Mardi 9 octobre  
pour les 5èmes

Jeudi 11 octobre  
pour les 4èmes

Vendredi 12 oct.  
pour les 3èmes

Madame, Monsieur,  
Dans le cadre de la semaine du goût,  
un concours de « dégustation à l'aveugle » de jus de fruits locaux  
et de produits à base de fruits aura lieu au CDI à 11h45



Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....

**Je n'autorise pas** mon enfant à participer

**J'autorise** mon enfant à participer (et à consommer du jus de fruit contenant du colorant alimentaire E532 ainsi que des produits à base de fruits et des fruits à coques)



Mon enfant est **allergique**  Non  Oui : (préciser) .....

Mon enfant est **diabétique**  Non  Oui (si oui, je vérifie avec lui s'il peut participer et dans quelles conditions)



**IMPORTANT**

Ce document devra être obligatoirement rempli et signé par les parents pour pouvoir participer

Signature :

Madame, Monsieur,  
Dans le cadre de la semaine du goût,  
un concours de « dégustation à l'aveugle » de jus de fruits locaux  
et de produits à base de fruits aura lieu au CDI à 11h45



Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....

**Je n'autorise pas** mon enfant à participer

**J'autorise** mon enfant à participer (et à consommer du jus de fruit contenant du colorant alimentaire E532 ainsi que des produits à base de fruits et des fruits à coques)



Mon enfant est **allergique**  Non  Oui : (préciser) .....

Mon enfant est **diabétique**  Non  Oui (si oui, je vérifie avec lui s'il peut participer et dans quelles conditions)



**IMPORTANT**

Ce document devra être obligatoirement rempli et signé par les parents pour pouvoir participer

Signature :

Madame, Monsieur,  
Dans le cadre de la semaine du goût,  
un concours de « dégustation à l'aveugle » de jus de fruits locaux  
et de produits à base de fruits aura lieu au CDI à 11h45



Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....

**Je n'autorise pas** mon enfant à participer

**J'autorise** mon enfant à participer (et à consommer du jus de fruit contenant du colorant alimentaire E532 ainsi que des produits à base de fruits et des fruits à coques)



Mon enfant est **allergique**  Non  Oui : (préciser) .....

Mon enfant est **diabétique**  Non  Oui (si oui, je vérifie avec lui s'il peut participer et dans quelles conditions)



**IMPORTANT**

Ce document devra être obligatoirement rempli et signé par les parents pour pouvoir participer

Signature :

Madame, Monsieur,  
Dans le cadre de la semaine du goût,  
un concours de « dégustation à l'aveugle » de jus de fruits locaux  
et de produits à base de fruits aura lieu au CDI à 11h45



Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....

**Je n'autorise pas** mon enfant à participer

**J'autorise** mon enfant à participer (et à consommer du jus de fruit contenant du colorant alimentaire E532 ainsi que des produits à base de fruits et des fruits à coques)



Mon enfant est **allergique**  Non  Oui : (préciser) .....

Mon enfant est **diabétique**  Non  Oui (si oui, je vérifie avec lui s'il peut participer et dans quelles conditions)



**IMPORTANT**

Ce document devra être obligatoirement rempli et signé par les parents pour pouvoir participer

Signature :