



**CAP
SCIENCES**
Découvrons ensemble

ATTESTATION ALLERGIE

Madame, Monsieur,

Votre enfant (prénom).....

(nom).....

va suivre une animation d'expérience en cuisine le

(date) / /

au LABO MIAM de CAP SCIENCES.

Pendant l'animation, il sera amené à consommer les produits fabriqués par les enfants au cours de l'atelier.

Votre enfant est-il déjà sujet à des **allergies alimentaires** ?

Oui

Non

Si oui, veuillez nous signaler ces allergies :

.....
.....
.....



Ces allergies sont liées à :

- Une simple présence de l'aliment
- Un contact avec l'aliment
- Une ingestion de l'aliment

Ces informations seront utilisées uniquement dans le cadre de cette animation.

Pendant toute la durée de l'animation, le groupe ou l'enfant reste sous l'entière responsabilité des accompagnateurs adultes.

Document à nous retourner avant la date de l'animation ou au plus tard le jour J.

Parent Educateur Enseignant

Nom **Prénom**

Date et signature :