

Formulaire

Nom de l'enfant _____

Date de naissance _____

Date de l'événement _____

Numéro de téléphone _____

Adresse courriel _____

Allergies produits laitiers

oeufs

soya

sésame

noix

arachides

blé et gluten

moutarde



FONDATION
PETIT LAPIN

Maladie cœliaque oui non

Nom du médecin spécialiste _____

(allergologue ou gastro-entérologue)

Signature du médecin spécialiste _____

Coordonnées du médecin spécialiste _____

Nom du parent si l'enfant est âgé de moins de 14 ans _____

Signature de l'enfant (ou du parent si âgé de moins de 14 ans) _____

Date de la signature _____

Veillez dûment remplir le formulaire et le retourner au moins 2 mois avant la date de l'événement à la Pâtisserie Petit Lapin (342A Victoria, Westmount, QC H3Z 2M8 ou par courriel à info@patisseriepetitlapin.com.