ESTÉREL
RESORT

NOM DU GROUPE *Group name*	APDQ
DATE *Date*	10-12 mai 2024

VEUILLEZ COCHER LES ALLERGIES ET/OU RESTRICTIONS DE VOS PARTICIPANTS DANS LA LISTE CI-DESSOUS
Please check allergies and/or restrictions of your participants in the list down below

PRENEZ NOTE QUE NOUS CONSIDÈRERONS UNIQUEMENT LES ALLERGIES ET NON LES PRÉFÉRENCES ALIMENTAIRES
Please take note that we'll only consider allergies and not food preferences

	NOM DU PARTICIPANT ***Participant name***	**ALLERGIES / RESTRICTIONS** ***Allergies / Restrictions***												
		NOIX *Nuts*	ARACHIDE *Peanut*	BLÉ *Wheat*	GRAINE DE MOUTARDE *Mustard seed*	GRAINE DE SÉSAME *Sesame seed*	LAIT *Milk*	ŒUF *Egg*	POISSON / FRUIT DE MER *Fish / Sea food*	GLUTEN *Gluten*	SULFITE Sulfite	VÉGÉTARIEN Vegetarian	VÉGANE Vegan	AUTRE *Other*
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														