

**BULLETIN D'INSCRIPTION LEÇONS DE GOUT 2006**  
**A RENVoyer A VOTRE SYNDICAT DEPARTEMENTAL**

Nom et prénom du professionnel : .....

Nom de l'entreprise (si différent du nom) : .....  
.....

Adresse de l'entreprise : .....  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Je m'engage à dispenser une Leçon de Goût durant la semaine du 16 au 22 octobre 2006 dans une classe de CM1-CM2.

Nom de l'établissement scolaire : .....

Nom de l'enseignant : .....

Adresse complète de l'établissement : .....  
.....

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Je souhaite dispenser plusieurs\* Leçons de Goût et recevoir plusieurs kits.  
Je précise combien : ..... \*\*

\* si les Leçons de Goût ont lieu dans plusieurs écoles différentes, préciser les coordonnées de toutes les écoles et le nombre de Leçons de Goût dispensées dans chaque école.

\*\* dans la limite des stocks disponibles.