	QUALITE	EN-AS-23	
	« Fiche individuelle d'inscription des dégustateurs du laboratoire »	Date 12/2008	Pagination
		Version 5	1/2

Date d'inscription : / /

M. Mme Melle
 NOM : Prénom :
 Adresse :

 Code postal : Ville :
 Né le :
 Département d'origine : Martinique Guadeloupe Guyane Caraïbe
 France, préciser :
 Date d'arrivée dans le département 972 :
 Téléphone domicile : Téléphone portable :
 E-mail :

☞ Quel est votre profession ? :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cadre | <input type="checkbox"/> Agriculteur |
| <input type="checkbox"/> Agent de maîtrise | <input type="checkbox"/> Retraité |
| <input type="checkbox"/> Artisan / Commerçant | <input type="checkbox"/> Recherche d'emploi |
| <input type="checkbox"/> Employé | <input type="checkbox"/> Femme / homme au foyer |
| <input type="checkbox"/> Ouvrier | <input type="checkbox"/> Etudiant / Lycéen |

☞ Avez-vous des enfants ? : Oui Non

Nombre et sexe :

Date(s) de naissances :

☞ A quel type de panel souhaiteriez-vous participer ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> PANEL DE DEGUSTATEURS (EXPERT) | <input type="checkbox"/> TESTS CONSOMMATEURS | <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS |
| Grande disponibilité | Dégustation ponctuelle | |
| 2 déplacements par semaine fréquent | contact et inscription par téléphone | |
| «Participation» sur le long terme » | | |

☞ Quels sont vos disponibilités extraprofessionnelles ? :

- | | | | | |
|-------------------------------------|----|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Lundi : | de | ..... | à | ..... |
| <input type="checkbox"/> Mardi : | de | ..... | à | ..... |
| <input type="checkbox"/> Mercredi : | de | ..... | à | ..... |
| <input type="checkbox"/> Jeudi : | de | ..... | à | ..... |
| <input type="checkbox"/> Vendredi : | de | ..... | à | ..... |

☞ Etes-vous disponible pendant les vacances scolaires : OUI NON


Si oui, précisez les jours :



« Réserve au laboratoire »

Date enregistrement « Fizz juge » :

VISA :

	QUALITE	EN-AS-23	
	« Fiche individuelle d'inscription des dégustateurs du laboratoire »	Date 12/2008	Annexe 2
		Version 5	

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Souffrez vous de :

- Diabète? OUI NON
 Hypertension ? OUI NON
 Allergies alimentaires ? OUI NON

Si oui, pouvez-vous nous indiquer le(s) produit(s) que vous ne pouvez pas consommer :...

.....

Suivez vous :

- Un régime alimentaire lié à une contre indication médicale ? OUI NON

Si oui, pouvez-vous nous indiquer le(s) produit(s) contre-indiqué(s) :.....

.....

- Un régime alimentaire autre ? OUI NON

Végétarien Régime amaigrissant

Végétalien Autre :.....

Éprouvez-vous une aversion (dégoût) pour certains produits alimentaires ? OUI NON

Si oui, pouvez-vous nous indiquer le (s) produit (s) concerné (s):.....

.....

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à **recruter des dégustateurs pour la réalisation de tests sensoriels**. Le destinataire de ces données est **le laboratoire d'analyse sensorielle**.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification et de suppression aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au

Service d'analyse sensorielle / 0596 42.12.78/ infos@parm.asso.fr "