



Gâteaux Micheline

Prénom		Allergies (spécifier)	
Nom		Fondant ou glaçage	
Type d'évènement		Quantité de personnes	
Date de l'évènement		Heure du ramassage prévue	___ H ___ am / pm
Vanille ou chocolat			
Saveur du centre Ou glaçage seulement			

Détails ou demandes spéciales

LETTRES OU CHIFFRES: _____ (svp inscrire en lettres moulées)
 QUE VOUS DÉSIREZ SUR LE GÂTEAU

Afin de réserver votre commande, un dépôt de 50% minimum est requis.
 Veuillez prendre note que les dépôts sont non-remboursables

Courriel : _____

(_____) _____ - _____ Cell

(_____) _____ - _____ Maison