

# FICHE DE DÉGUSTATION DES ALIMENTS



Nom de l'aliment ou du plat :

Date :

A quoi ressemble l'aliment ou le plat ?

Quelles sont les odeurs qui s'en dégagent ?

Quelles sont les couleurs présentes dans ce plat ou cet aliment ?





TESTS	Sensations ressenties	1	2	3	4	5	6	7
<b>Goût</b>	Sucré							
	Doux							
	Aigre							
	Salé							
	Acide							
	Amer							
	Épicé							
	Aromatisé							
<b>Texture</b>	Crémeux							
	Dur							
	Onctueux							
	Fondant							
	Pâteux							
	Croustillant							
	En morceaux							
<b>Couleur</b>	Blanc							
	Coloré							
	Opaque							
<b>Odeur</b>	Douce							
	Puissante							
	Bonne							
	Écœurante							
	Orientale							
	Fraîche							
<b>Toucher</b>	Chaud							
	Froid							
	Tiède							
	Mou							
	Dur							



TESTS	Sensations ressenties	1	2	3	4	5	6	7
Quelles sont mes émotions ?	Heureux-se							
	Triste							
	Stressé-e							
	Angoissé-e							
	En colère							
	Surpris-e							
Quelles sont mes sensations ?	Faim							
	Gourmandise							
	Satiété							
	Ballonnements							

