



ATELIERS D'AUTONOMIE ARCHIPEL DE L'AVENIR

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

1. COORDONNÉES DE LA PERSONNE TSASDI

NOM : _____ ÂGE : _____

ACTIVITÉ DE JOUR : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____ CELL : _____

COURRIEL : _____

AVEZ-VOUS DES ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI : NON :

SI OUI LESQUELLES : _____

2. COORDONNÉES DES PARENTS (ou personnes significatives)

NOM : _____ LIEN : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____ CELL : _____

COURRIEL : _____

J'ASSISTERAI AUX ATELIERS 1 ET 7 et 15 : OUI : NON :

NOM : _____ LIEN : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____ CELL : _____

COURRIEL : _____

J'ASSISTERAI AUX ATELIERS 1 ET 7 et 15 : OUI : NON :

3. DE QUELLE FAÇON AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DES ATELIERS DE L'ARCHIPEL DE L'AVENIR ?

Signature de l'adulte TSA

Date

Signature des parents ou personnes significatives

Signature des parents ou personnes significatives