



## 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**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Signature des parents ou personnes significatives**

\_\_\_\_\_  
**Date**