



ATELIERS D'AUTONOMIE RÉSIDENTIELLE
FORMULAIRE D'INSCRIPTION

1. COORDONNÉES DE LA PERSONNE TSADI

MEMBRE _____

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, 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