

CENTRE AUTISMUS

DOSSIER DE PRÉINSCRIPTION

Année scolaire **2017-2018**

COORDONNÉES (Merci d'écrire lisiblement)

PÈRE : Nom : Prénom : Profession :

MÈRE : Nom : Prénom : Profession :

REPRÉSENTANT LÉGAL (autre que parents) :

M / MME Nom : Prénom : Profession :

ÉLÈVE : Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

CP : Ville : Pays :

Tél fixe : Tél portable :

Mail :@.....

Etablissement scolaire fréquenté

.....

Structure de suivi et/ou de soin

.....

DISPONIBILITES (merci de préciser les horaires)

	matin	Après-midi
lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
samedi		

Renseignements complémentaires (le cas échéant) :

.....

La famille est adhérente de l'association APTE : OUI NON

DATE ET SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL :