

# CENTRE AUTISMUS

## DOSSIER DE PRÉINSCRIPTION

Année scolaire **2018-2019**

**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 :**