



FORMULAIRE D'INSCRIPTION
Ateliers de petits groupes pour enfants
ATTENTION, MÉMOIRE & ORGANISATION

ENFANT

PRÉNOM ET NOM	
DATE DE NAISSANCE	ÂGE
NIVEAU SCOLAIRE	ÉCOLE FRÉQUENTÉE

RÉPONDANTS

<input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE (précisez) :	
PRÉNOM ET NOM	
TÉLÉPHONE DOMICILE	CELLULAIRE
TÉLÉPHONE TRAVAIL	POSTE
ADRESSE	
COURRIEL	
<input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE (précisez) :	
PRÉNOM ET NOM	
TÉLÉPHONE DOMICILE	CELLULAIRE
TÉLÉPHONE TRAVAIL	POSTE
ADRESSE	
COURRIEL	

Quelles sont les difficultés principales rencontrées par votre enfant ?

Votre enfant a-t'il déjà reçu un diagnostic neurodéveloppemental ? Si oui, lequel ?

Prend-t'il une médication pour celui-ci ? Si oui, laquelle ?

SIGNATURES

MÈRE	PÈRE
DATE	DATE