

# FORMULAIRE DE PRÉ-INSCRIPTION 2016-2017



## VOTRE ENFANT

---

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Sexe : M - F

## PARENT 1

---

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

Téléphone :

Mail:

## PARENT 2

---

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse (si différente de l'autre parent) :

Téléphone :

Mail:

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

---

Votre enfant est-il diagnostiqué? Si oui précisez:

Scolarité et prises en charge des années précédentes?

Quelle fréquence de scolarisation souhaitez-vous pour votre enfant à l'école ATyS (Temps plein, Mi temps, Tiers temps)?

Temps Plein

Mi temps

Tiers temps

Informations importantes :

Epilepsie? Hyper ou hypoactivité? Surdité? Verbal?

Allergies? Si oui précisez

Autres?

*À la réception de ce formulaire dûment rempli, nous vous contacterons pour un RDV dans les plus brefs délais.*

---

Contact : Annabelle ROCH - 0610310309