

FORMULAIRE DE PRÉ-INSCRIPTION 2020-2021



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 :

☎ Téléphone :

✉ Mail :

FRATRIE

Prénom, âge et sexe des frères et sœurs :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Diagnostic

Votre enfant est-il :

- TSA (si oui, merci de préciser le lieu et la date du diagnostic)
- En attente de diagnostic
- TDA-H
- DYS
- Autres (syndrome...) ?

Santé

- Allergies
- Lunettes
- Autre :
- Epilepsie
- Régimes alimentaire particulier
- Surdité
- Maladie

Votre enfant prend-il un traitement ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Sommeil : Votre enfant dort-il bien ? Fait-il la sieste ?

Parcours scolaire

Scolarisé ? Oui Non

Si oui, merci de préciser le ou les établissement(s) fréquenté(s), la ou les classe(s), la fréquence et la présence ou non d'une aide humaine :

Prises en charge

Votre enfant est-il déjà pris en charge en

- ABA Orthophonie Psychomotricité Autre :

A-t-il déjà été accompagné par un dispositif (CMP, CAMPS... etc.) ? Si oui, lequel et à quelle fréquence ?

Particularités de votre enfant

Est-il verbal : Oui Non

Est-il propre : Oui Non

A-t-il des troubles du comportement : Oui Non

Si oui, lesquels :

Dans quelles circonstances peuvent-ils se produire ?

A-t-il des craintes/phobies : Oui Non

Si oui, lesquelles :

Quels sont ses centres d'intérêts :

Projet à ATyS

Quelle fréquence de scolarisation souhaitez-vous pour votre enfant à l'école ATyS

- Temps plein
 Mi-temps
 Tiers temps
 Autre :

Jour(s) privilégié(s) et/ou thérapies souhaitées pour votre enfant :

Comment avez-vous connu l'école ?

Qu'est ce qui a motivé votre envie d'y inscrire votre enfant ?

informations importantes à signaler :

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

Contact : 0695431250 ou 0610310809