

## BULLETIN DE PRE-INSCRIPTION

Formation Gratuite - Nombre de place limité

Disponibilité sur les 3 jours de formation obligatoire

Validation candidature après un entretien téléphonique

Bulletin téléchargeable  
sur le site internet  
[www.cra-mp.info](http://www.cra-mp.info)

**LE PARTICIPANT** (NOM, Prénom) : .....

Lien avec la personne atteinte de Trouble du Spectre Autistique : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone(s) : .....

Email : .....

Formation(s) déjà réalisée(s) :

**LA PERSONNE ATTEINTE DE TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE :**

(NOM, Prénom) : .....

Date de naissance : .....

Fratrie : .....

**DIAGNOSTIC**

• Date du diagnostic : .....

• Où a-t-il été réalisé : .....

• Par qui : .....

Prise en charge actuelle (CMP, SESSAD, Hôpital de jour, libéral...) .....

.....

### Bulletin à renvoyer par :

- mail à Coralie Salanié : [c.salanie@cra-mp.info](mailto:c.salanie@cra-mp.info)
- courrier : CRA MP - Hôpital La Grave – Place Lange  
TSA 60033 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
- fax au 05.62.21.12.78

