

## BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

« La fin de la scolarité et l'insertion professionnelle pour les personnes autistes »

**Présence obligatoire aux 3 journées de formation**

### PARTICIPANTS

- **MERE ou PARTICIPANT 1** (Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_)

Nom / / / / / / / / / / / / / / / /

Prénom / / / / / / / / / / / / / / / /

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

- **PERE ou PARTICIPANT 2** (Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_)

Nom / / / / / / / / / / / / / / / /

Prénom / / / / / / / / / / / / / / / /

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

### A PROPOS DE VOTRE ENFANT

Nom / / / / / / / / / / / / / / / /

Prénom / / / / / / / / / / / / / / / /

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Age de l'enfant : \_\_\_\_ ans \_\_\_\_ mois

## DIAGNOSTIC

Quel diagnostic précis, votre enfant a-t-il eu ? \_\_\_\_\_

Date du diagnostic : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Où a-t-il été réalisé : \_\_\_\_\_

Par qui : \_\_\_\_\_

## SCOLARISATION

Est-il scolarisé ?  OUI  NON

Si non, a-t-il déjà été scolarisé ? \_\_\_\_\_

Niveau d'étude/Classe : \_\_\_\_\_ Nombre d'heures : \_\_\_\_\_/semaine

Bénéficie-t-il d'une aide (AVS...) ?  OUI  NON

Votre enfant a-t-il déjà effectué des stages professionnels ?  OUI  NON

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INSERTION PROFESSIONNELLE

Votre enfant a-t-il un projet professionnel défini/précis et si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-il accompagné par un chargé d'insertion professionnelle ?  OUI  NON

Si oui, par qui ? (Par exemple : cap emploi, mission locale etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà exercé professionnellement : \_\_\_\_\_

Si oui, dans quelle(s) entreprise(s) ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Métier exercé : \_\_\_\_\_

Selon vous, de quels aménagements votre enfant aurait-il besoin dans le domaine professionnel ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## AUTRES ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCES CONCERNANT VOTRE ENFANT/PROCHE

<p>Quels sont les moyens de communication que votre enfant utilise ?</p> <p>Quelles sont les difficultés rencontrées ?</p>	
<p>Quel est son niveau d'autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- dans sa vie quotidienne ?</li><li>- dans ses déplacements ?</li></ul> <p>Quelles sont les difficultés rencontrées ?</p>	
<p>Votre enfant vit-il à votre domicile ou a-t-il pris son indépendance ? (avec/sans accompagnement)</p>	
<p>Qu'aime-t-il faire ? Quels sont ses centres d'intérêts ?</p>	
<p>Votre enfant a-t-il des particularités de fonctionnement dont vous souhaitez nous faire part ?</p>	
<p>A-t-il un traitement médicamenteux ? Si oui, lequel et pourquoi ?</p>	
<p>Votre enfant a-t-il le permis de conduire ? Est-ce en projet ?</p>	

## DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT

A ce jour, de quels accompagnements bénéficie-t-il (Libéral, CMP, SESSAD etc.) :

---



**Nous autorisez-vous à informer les structures de soins/entreprises/professionnels de votre participation à cette formation ?**     OUI     NON

**Nom(s) ET Coordonnée(s) :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Formation(s) déjà réalisée(s) sur la thématique de l'autisme :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A ce jour, avez-vous déjà fait appel à une association de parents ?**     OUI     NON

Si oui :                      Prise de contact ponctuelle : /\_/                      Adhésion : /\_/

**Nom de l'association :** \_\_\_\_\_

## VOS ATTENTES

**Avez-vous des attentes particulières par rapport à cette formation ?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FAIT A :** \_\_\_\_\_                      **LE :** \_\_\_\_\_

## SIGNATURE(S) :

*En signant, j'accepte qu'une partie des informations contenues dans ce bulletin de pré-inscription fasse l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.*

### **Bulletin de pré-inscription à renvoyer complété et signé :**

- Mail : [formation@cra-mp.info](mailto:formation@cra-mp.info)
- Courrier :      CRA MP - Hôpital La Grave – Place Lange  
                         TSA 60033 - 31059 TOULOUSE Cedex 9

### **Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées**

Hôpital la grave – Place Lange – TSA 60033 – 31059 Toulouse CEDEX 9

Tél : 05.61.32.50.15 – Fax : 05.61.32.50.20 – Mail : [accueil@cra-mp.info](mailto:accueil@cra-mp.info) – Site internet : [www.cra-mp.info](http://www.cra-mp.info)

Groupement d'Intérêt Public - Membre du Groupement National des CRA (GNCRA)

Numéro de déclaration d'activité de formation auprès du Préfet de la région Midi-Pyrénées : 73 31 05331 31

