

BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION AUTISME ET ALIMENTATION

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 : _____

ACCOMPAGNEMENT

A ce jour, de quel accompagnement bénéficie votre enfant et avec quel(s) professionnel(s) :

- Etablissement / Lieu : _____

- Orthophonie : _____

- Psychomotricité : _____

- Psychologue : _____

- Pédopsychiatre : _____

- Autres : _____

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 Nombre d'heures : _____/semaine

Autre mode de garde (Famille, Crèche, Assistante familiale...) : _____

AUTRES ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCES CONCERNANT VOTRE ENFANT

COMMUNICATION	
Est-il verbal ou non verbal ? Quelques mots ?	
Utilise des gestes pour communiquer ? Montre-t-il du doigt ?	
A-t-il des moyens de communications alternatifs (PECS, PICTO...) ?	
Présente-t-il des stéréotypies motrices/verbales ? A-t-il des routines ou rituels ?	
AUTONOMIE	
A-t-il acquis la propreté ?	
Présente-t-il une hyper sensorialité (au son, lumière, touché...)	



A-t-il des particularités alimentaires (textures, couleurs..) ?	
Mange-t-il seul ?	
Présente-t-il des troubles du sommeil ? A-t-il un traitement ?	
JEUX & INTERETS	
Qu'aime-t-il faire ? Quels sont ses centres d'intérêts ?	

FORMATION

Formation(s) déjà réalisée(s) sur la thématique de l'autisme : _____

Qui vous a parlé de cette formation ? _____

En avez-vous discuté avec les professionnels prenant en charge votre enfant ? OUI NON

VOS ATTENTES

Qu'attendez-vous de cette formation / Quels sujets souhaiteriez-vous que nous abordions :

Une partie des informations contenues dans ce bulletin de pré-inscription feront 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 à :

- Mail : 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 – Site internet : 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

