



ATELIERS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'AUTONOMIE

(Selon les places disponibles)

❖ **COORDONNÉES DE LA PERSONNE DÉFICIENTE INTELLECTUELLE :**

NOM : _____ ÂGE : _____

ACTIVITÉ DE JOUR : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

COURRIEL : _____

❖ **COORDONNÉES DES PARENTS (ou personnes significatives):**

NOM : _____ LIEN : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

COURRIEL : _____

J'ASSISTERAI AUX ATELIERS : OUI : ____ NON : ____

NOM : _____ LIEN : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

COURRIEL : _____

J'ASSISTERAI AUX ATELIERS : OUI : ____ NON : ____

❖ **COORDONNÉES DE L'INTERVENANT DU CLSC :**

NOM : _____ CLSC : _____

TÉLÉPHONE : _____

COURRIEL : _____

❖ **COORDONNÉES DE L'ÉDUCATEUR:**

NOM : _____

C.R.D.I. : _____ POINT DE SERVICE: _____

TÉLÉPHONE : _____

COURRIEL : _____

❖ **De quelle façon avez-vous entendu parler de ces ateliers?**

❖ **Moyen de transport utilisé par l'adulte :**

- Autonome : ____
- Avec ses parents : ____
- En transport adapté: ____

Signature de l'adulte déficient intellectuel

Signature des parents (ou personnes significatives)

Faire parvenir à Révanous, a/s de **David Bilodeau, 9870, rue Laverdure, bureau 100, Montréal, Qc, H3L 0A7** ou à **davidbilodeau@revanous.org**