



Autism'Aide 35
Locaux d'APF – 40 rue Danton
35700 RENNES
(pas d'accueil physique à cette adresse)

BULLETIN D'ADHÉSION

A compléter et à retourner à : Autism'Aide 35 – Locaux d'APF – 40 rue Danton – 35700 RENNES

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Ville : _____ Tél : _____

Adresse email : _____ Profession : _____

Si adhésion couple parent :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Ville : _____ Tél : _____

Adresse mail : _____ Profession : _____

Je souhaite (cocher la case de votre choix) :

Adhérer au tarif individuel - 20 Euros

par chèque

Adhérer au tarif couple parent - 35 Euros

en espèce

J'adhère en qualité de : parent

grand parent, famille ou ami

personne avec TED

professionnel

personne morale

adulte Asperger

Pour les parents :

Prénom de votre enfant : _____

(à compléter si vous le souhaitez)

Année de naissance : _____

La situation de votre enfant majeur ou mineur :

Domicile à temps plein _____

IME /IMPRO _____

Domicile à temps partiel _____

IME/IMPRO+scolarisation _____ heures

Orthophonie _____

Hôpital de jour _____

Sessad _____

Hôpital de jour+scolarisation _____ heures

Maternelle _____ heures/sem

MAS _____

AVS _____

FAM _____

CLIS _____

Foyer occupationnel _____

UPI _____

Foyer de vie _____

Ecole primaire _____

ESAT (CAT) _____

Collège, lycée _____

Hôpital psychiatrique _____

Emploi milieu ordinaire _____

Autre _____

Pour les professionnels :

(à compléter si vous le souhaitez)

Fonction principale et lieu(x) d'exercice _____

Activités liées à l'autisme : _____

Pour les adultes asperger :

Votre activité : _____