

# Formulaire de présélection

Veillez remplir le formulaire ci-dessous.

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LE PARTICIPANT

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Garçon  Fille

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

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

App. : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Habite avec son parent atteint de SP?

Oui

Non

Garde partagée

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LE PARENT QUI A LA SP

Père

Mère

Année du diagnostic de SP : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (rés.) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (bur.) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (cell.) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_