

## **ANNEXE B – Formulaire langue de service et communication**

### **RENSEIGNEMENTS - ENFANT**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Langue de service pour l'intervention:                      Anglais                      Français

### **RENSEIGNEMENT – PARENTS**

Nom du parent (1) : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
(Suite, numéro, édifice, rue)

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
(ville/municipalité/village)                      (Province)                      (Code postal)

Langage de choix pour la communication :                      Anglais                      Français

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nom du parent (2) : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
(Suite, numéro, édifice, rue)

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
(ville/municipalité/village)                      (Province)                      (Code postal)

Langage de choix pour la communication :                      Anglais                      Français

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Veillez envoyer le formulaire rempli par courrier, fax ou courriel à :**

Autism/Autisme – Éducation et Développement de la petite enfance  
Place 2000 - 250 rue King - Fredericton, N.-B. E3B 9M9  
ou par fax au 506-462-2104 ou par courriel à [autism.autisme@gnb.ca](mailto:autism.autisme@gnb.ca)