ANNEXE B - Formulaire de langue de service et communication

RENSEIGNEWEN 15 - ENFAN I
Nom de l'enfant : Date de naissance :
(jj/mm/aaaa)
Langue de service pour l'intervention : Anglais Français
Langue(s) parlée(s) à la maison :
Nom de l'école que votre enfant fréquentera à la maternelle (si connu) :
RENSEIGNEMENTS - PARENTS
Nom du parent (1): Adresse :
(Suite, numéro, édifice, rue)
Téléphone :
(ville/municipalité/village) (Province) . (Code postal)
Langue de choix pour la communication : Anglais Français
Si votre langue de choix pour la communication n'est ni l'anglais ni le français, veuillez indiquer votre langue de communication. Nous ferons de notre mieux pour fournir des services de traduction.
Signature du parent : Courriel :
Nom du parent (2) : Adresse :
(Suite, numéro, édifice, rue)
Téléphone :
(ville/municipalité/village) (Province) (Code postal)
Langue de choix pour la communication : Anglais Français
Si votre langue de choix pour la communication n'est ni l'anglais ni le français, veuillez indiquer votre langue de communication. Nous ferons de notre mieux pour fournir des services de traduction.
Signature du parent : Courriel :

Veuillez 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 <u>autism.autisme@gnb.ca</u>

