

# FORMATION DES PROCHES AIDANTS 2025

## Bulletin d'inscription

À retourner par mail : [cr.autisme@ch-cayenne.fr](mailto:cr.autisme@ch-cayenne.fr)

**avant le 29.11.2024**

Nom – Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Lien avec la personne TSA :

Mère  Père  Sœur  Frère  Tuteur  Autre (préciser) :

\_\_\_\_\_

Nom et Prénom de la personne TSA \_\_\_\_\_

Age de la personne TSA \_\_\_\_\_

Année du diagnostic TSA \_\_\_\_\_

Frères et Sœurs de la personne TSA (indiquer F (frère) S(sœur), Prénom, Age)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Je m'engage à être présent.e dans ce groupe fermé sur l'ensemble des dates de formation***

### **Informations :**

29.11.2024 : Date limite d'inscription

10.12.2024 : Commission de sélection des candidatures

17.01.2025 : Réunion d'information des familles sélectionnées

07.02.2025 : Démarrage de la formation - 1ère session

\_\_\_\_\_

### **RESERVE AU CRA**

Avis favorable

Avis défavorable

Date :