



Clinique de **C**onsultation, **I**ntervention  
et **F**ormation en **A**utisme  
2103 boul. Édouard, suite 100, St-Hubert, Qc, J4T 1Z9  
Tél: (450) 923-9942  
www. ccifa-ted.com

## INSCRIPTION VISAGE

**Nom et prénom :** \_\_\_\_\_

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

**Âge :** \_\_\_\_\_

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

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

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

6-9 ans : \_\_\_\_      10-13 ans \_\_\_\_      14-17 ans : \_\_\_\_      18-25 ans : \_\_\_\_

Veillez retourner ce formulaire d'inscription avec votre paiement à l'adresse indiquée ci-haut (libellez votre chèque au nom de CCIFA) soit en un versement ou deux versements (10 mars et 5 mai 2010). Nous vous confirmerons l'inscription par courriel ou par téléphone. Si le nombre minimum d'inscriptions n'est pas atteint d'ici le 1 mars, le groupe pourra être annulé et nous vous en aviserons par téléphone.