



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AUX SERVICES DE TRAIT D'UNION OUTAOUAIS INC

PERSONNE AUTISTE – 16 ANS ET PLUS

FORMULAIRE À IMPRIMER ET À COMPLÉTER

Nom:
<input type="checkbox"/> Adresse de résidence:
Date de naissance:

Numéros de téléphone Travail : Maison : Cellulaire :
Courriel :

Date

Signature

--- OBLIGATOIRE ---

Vous devez joindre une copie du diagnostic* (émis par un psychologue, un psychiatre ou autre professionnel reconnu) pour que votre demande puisse être traitée.

** Trouble du spectre de l'autisme (TSA). Les diagnostics de troubles envahissants du développement (TED), de TED-NS, d'autisme, et de syndrome d'Asperger sont également toujours recevables.*

Acheminez ce formulaire accompagné d'une copie du diagnostic :

- **Par courrier postal :**
Responsable de l'accès – Trait d'Union Outaouais Inc.
109, rue Wright, local 104, Gatineau (Québec) J8X 2G7
- **Par télécopieur :** 819 595-7099

NOTE : À cette étape, aucun autre document n'est requis. La personne responsable de l'accès communiquera avec vous dans les 30 jours pour donner suite à votre demande.