



Association ABA - Apprendre Autrement Normandie
BP 64 – 14160 DIVES SUR MER

**RECENSEMENT DES BESOINS
pour la création d'un I.M.E. avec prise en charge A.B.A.
(Analysis Behavior Applied – Analyse appliquée du comportement)**

Monsieur, Madame

Demeurant à
.....
.....

Adresse courriel

Téléphone

Demandons que notre enfant

Date de naissance

Prise en charge actuelle
.....
.....

Soit recensé dans les besoins pour la création **d'un Institut Médico Educatif spécialisé dans la prise en charge A.B.A. pour enfants autistes**, prévu dans le Pays d'Auge.

Cette demande n'est pas une pré-inscription.

Fait àle

(Signature)

Merci de retourner par voie postale, ce document dûment rempli à l'adresse mentionnée ci-dessus.