



Vie Autonome Péninsule Acadienne inc.

Voir au-delà du handicap

Formulaire de référence Vers votre plein potentiel de VAPA

Identification du client

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : (506) _____ - _____ Courriel : _____

Date de naissance : _____

Veuillez indiquer votre ou vos limitation(s) fonctionnelle(s) : _____

Type de revenu : _____

Obstacles relatifs à l'emploi : _____

Est-ce que vous êtes suivie par d'autre service? : _____

Signature du membre et/ou tuteur : _____

Identification du référent

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : (506) _____ - _____ Courriel : _____

Ministère/Organisation : _____

Commentaires : _____

Date de l'inscription: _____

Signature du membre et/ou tuteur : _____