



BULLETIN D'ADHESION 2019

1^{ère} ADHESION

RENOUELEMENT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE COMPLETE :

Tél fixe :

Tél portable :

Mail :

Profession : Père :

Mère :

Prénom et âge des enfants concernées par un trouble dys et établissement scolaire fréquenté

-

-

Y a t-il une reconnaissance par la MDPH de son handicap ?

oui / non

A t-il un(e) AVS ou AESH pour sa scolarité ?

oui / non

Je souhaite participer aux actions de l'association APEDYS Marne :

oui / non

Si oui

ponctuellement

de manière permanente

en participant aux Conseils d'Administration

en aidant à l'organisation de réunions

en participant aux réunions

autres : précisez :

en distribuant des documents (ex : dans les cabinets d'orthophonie)

Comment ou par qui avez-vous connu APEDYS ?

conférence

orthophoniste

médecin

presse

internet

des autres parents

autre :

Merci de retourner ce bulletin accompagné de votre règlement de 25 € à l'ordre APEDYS Marne

Virement possible IBAN FR76 3000 3017 2500 0503 4628 027 BIC SOGEFRPP