



BULLETIN D'ADHÉSION

Pour adhérer : - Compléter le bulletin ci-dessous sans oublier de renseigner la page 2
- Joindre un chèque de 47€ minimum libellé à l'ordre de Monsieur le Trésorier de l'AFEP
Si vous désirez être membre bienfaiteur, vous pouvez joindre un chèque supérieur à 47 Euros

Adresser le tout à : AFEP – 111 Boulevard Carnot - 78110 LE VESINET

Nom : Prénom : Profession :

Date de naissance(facultatif) : Nationalité(facultatif) :

Adresse complète :

Code Postal : Localité : Tél. fixe :

Mail :@..... Tél. portable :

En lettres d'imprimerie pour une bonne lisibilité

autorise n'autorise pas l'AFEP à transmettre mes coordonnées aux membres de l'Association ayant donné eux aussi leur autorisation.

Nouvelle adhésion renouvellement **Date et signature de l'adhérent**

Souhaitez-vous recevoir un reçu fiscal oui non

<u>1^{er} ENFANT</u>	<input type="checkbox"/> Maternelle	<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Collège	<input type="checkbox"/> Lycée	<input type="checkbox"/> Autre
	Public Privé	Public Privé	Public Privé	Public Privé	Public Privé

Prénom : Année de naissance : Classe :

Nom/lieu de l'Etablissement :

<u>2^{ème} ENFANT</u>	<input type="checkbox"/> Maternelle	<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Collège	<input type="checkbox"/> Lycée	<input type="checkbox"/> Autre
	Public Privé	Public Privé	Public Privé	Public Privé	Public Privé

Prénom : Année de naissance : Classe :

Nom/lieu de l'Etablissement :

<u>3^{ème} ENFANT</u>	<input type="checkbox"/> Maternelle	<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Collège	<input type="checkbox"/> Lycée	<input type="checkbox"/> Autre
	Public Privé	Public Privé	Public Privé	Public Privé	Public Privé

Prénom : Année de naissance : Classe :

Nom/lieu de l'Etablissement :

<u>4^{ème} ENFANT</u>	<input type="checkbox"/> Maternelle	<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Collège	<input type="checkbox"/> Lycée	<input type="checkbox"/> Autre
	Public Privé	Public Privé	Public Privé	Public Privé	Public Privé

Prénom : Année de naissance : Classe :

Nom/lieu de l'Etablissement :

L'AFEP PLUS PROCHE DE VOUS

Afin d'organiser au mieux les Antennes et répondre à vos attentes, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire qui nous permettra de :

- **Développer la reconnaissance de nos enfants en milieu scolaire**

Y a-t-il une prise en charge de la précocité dans l'établissement où est scolarisé votre enfant ?

.....

- **Développer la détection et une éventuelle prise en charge de nos enfants auprès de spécialistes de l'enfance et de l'adolescence**

Avez-vous fait appel à un (des) spécialiste(s) : psychologue, orthophoniste, graphothérapeute, psychomotricien, médecins,... ?

oui non

Pouvez-vous nous communiquer les coordonnées accompagnées de vos éventuels commentaires ?

.....
.....
.....

- **Comment voulez vous recevoir notre Lettre AFEP Infos ?**

Email Courrier

L'AFEP vous remercie d'avoir pris le temps de la renseigner, elle pourra ainsi continuer à développer sa présence et répondre au mieux à vos attentes et à celles des autres membres.