

APEDYS - AUBE

ASSOCIATION
DE PARENTS D'ENFANTS DYSLEXIQUES

ADHESION 2014

Notre association fonctionne sans subventions, ceci préserve notre indépendance :
nos ressources sont vos cotisations et vos dons – Merci
Vos dons et vos cotisations peuvent entraîner des réductions d'impôts

Je cotise 28 €

Je fais un don..... €

Total : €

Nom – Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Adresse email : _____

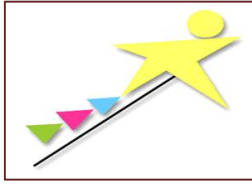
Je souhaite être abonné la Newsletter (à l'adresse email ci-dessus)

Je souhaite recevoir un reçu fiscal (joindre une enveloppe timbrée)

J'accepte / Je n'accepte pas (rayer la mention inutile) que mon nom et mes coordonnées soient communiqués aux parents d'enfants dys proches de votre domicile afin de vous permettre de vous mettre en relation.

IMPORTANT : Cette fiche est à RETOURNER à notre siège social avec le chèque et la FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Si vous avez des idées, des suggestions, profitez du dos de cette page pour nous faire connaître ou nous raconter la scolarité de votre enfant.



APEDYS - AUBE

ASSOCIATION DE PARENTS D'ENFANTS DYSLEXIQUES

(Troubles spécifiques d'apprentissage
du langage oral et écrit)

Association des Dyslexiques de la région AUBE

Fiche de renseignements

Document confidentiel

Association loi 1901

*Siège social : Maison des associations
63 avenue Pasteur – 10 000 TROYES*

DATE : _____

NOM & PRENOM ou RAISON SOCIALE : _____

Nombre d'enfants dans la famille : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TELEPHONE : _____ TELECOPIE : _____

ADRESSE E-MAIL : _____

- J'ai connu l'association APEDYS AUBE par : _____
- Acceptez-vous que vos noms et coordonnées soient transmis à d'autres adhérents pour communiquer et échanger ? OUI NON

Vous êtes : (Précise et cochez ... Merci)

- SYMPATHISANT**
- PARENT de** Dyslexique Dysorthographique Dyscalculique Dysgraphique
Prénom des enfants concernés : _____ né(e)s : _____ Classe de _____
Profession du père : _____ Profession de la mère : _____
Autres cas dans la famille ? : _____
- ADULTE** Dyslexique Dysorthographique Dyscalculique Dysgraphique
- ETABLISSEMENT** Scolaire public Scolaire privé/contrat Scolaire privé Association
 Autre : _____
- PROFESSIONNEL concerné par les TSLE/TSLO** Libéral Salaré
 Enseignant : Ecole maternelle Ecole primaire 1^{er} cycle 2^{ème} cycle Techn. Ens. Sup
 Médecin : Généraliste Scolaire Spécialiste en :
 Orthophoniste Educateur Infirmier Assistante sociale Neuropsychologue Psychologue
 Psychomotricien Orthophoniste Autre _____