

Association loi 1901 déclarée en préfecture sous le n° 0783007253  
Agrément Ministère Éducation Nationale NOR:MENE1300602A  
Organisme Formation n° 11 78 82227 78

Première adhésion  Renouvellement

Nom ..... Prénom .....

Adresse (voie) .....

Code Postal ..... Localité .....

Adresse courriel .....

Tel. Fixe ..... Tel. Portable ..... Profession .....

### Renseignements complémentaires pour une Adhésion Famille

	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant	4 <sup>ème</sup> enfant
Nom				
Prénom				
Date de naissance				
Si enfant testé .....				
Nom du test/Date				
Nom du psychologue				
Ville				

### Spécialistes auxquels vous avez fait appel

	Psychologue	Psychomotricien	Orthophoniste
Nom			
CP/Ville			
Connaissance de la précocité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Éventuels commentaires			
	Graphothérapeute	Orthoptiste	Pédopsychiatre
Nom			
CP/Ville			
Connaissance de la précocité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Éventuels commentaires			

**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.**

**La cotisation est de 49 euros.**

**Vous pouvez à titre de soutien à l'association verser une somme supérieure de ..... €** Reçu souhaité? Oui Non

Votre chèque sera libellé à l'ordre de « AFEP » et envoyé, accompagné de ce présent bulletin, à

**AFEP Adhésion, Julie REY 520 Chemin de la Mue 13170 Les Pennes-Mirabeau**

Date : .....

Signature :

Echéance : un an à compter de la date d'enregistrement