

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 complète : .....  
Code Postal : ..... Localité : ..... Tel. Fixe : .....  
Tel. Portable : ..... Profession : .....  
E-mail : .....

Souhaitez-vous recevoir un reçu fiscal Oui  Non

### Renseignements complémentaires pour les Familles

LES ENFANTS													
		1 <sup>er</sup> enfant			2 <sup>ème</sup> enfant			3 <sup>ème</sup> enfant			4 <sup>ème</sup> enfant		
Nom													
Prénom													
Sexe		F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	
Date de naissance													
Classe actuelle													
Nom de l'établissement													
		Public <input type="checkbox"/>	Privé <input type="checkbox"/>	Autre* <input type="checkbox"/>	Public <input type="checkbox"/>	Privé <input type="checkbox"/>	Autre* <input type="checkbox"/>	Public <input type="checkbox"/>	Privé <input type="checkbox"/>	Autre* <input type="checkbox"/>	Public <input type="checkbox"/>	Privé <input type="checkbox"/>	Autre* <input type="checkbox"/>
CP/Ville													
Prise en charge de la précocité dans l'Ets		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
* Hors contrat, CNED, etc...													
Saut(s) de classe		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
		Classe :			Classe :			Classe :			Classe :		
		Classe :			Classe :			Classe :			Classe :		
Redoublement		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
		Classe :			Classe :			Classe :			Classe :		
		1 <sup>er</sup> enfant			2 <sup>ème</sup> enfant			3 <sup>ème</sup> enfant			4 <sup>ème</sup> enfant		
Si enfant testé, préciser	Nom du test												
	Date												
	Nom du psychologue												
	Ville												

./.

**Avez-vous avez fait appel aux spécialistes suivants**

Spécialistes	Psychologue	Psychomotricien	Orthophoniste
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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			
Spécialistes	Graphothérapeute	Orthoptiste	Pédopsychiatre
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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			
<b>Autre (s) (à préciser)</b>			

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.

**POUR ADHÉRER :**

- Complétez le formulaire ci-dessus
- Cochez le mode de paiement retenu en tenant compte des indications.

**Chèque : 49 €** libellé à l'ordre de « Monsieur le Trésorier de l'AFEP »

**ADRESSEZ le tout à : AFEP Adhésion - 56, rue de la Montjoie – 45770 SARAN**

**Virement : 49 €** vers le cpte AFEP Société Générale LE VESINET CENTRE 78110

Code banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB	IBAN FR76 3000 3018 6700 0372 6214 043
30003	01867	00037262140	43	BIC SOGEFRPP

(Précisez **impérativement** dans le libellé du virement « adhésion AFEP et le nom de l'adhérent »)

Merci de nous adresser le justificatif du virement - N° du virement : .....

**ADRESSEZ le tout à [secretariat@afep.asso.fr](mailto:secretariat@afep.asso.fr) sans omettre de joindre** votre justificatif de virement.

**Membre Donateur** : je verse un don de : ..... Euros par chèque  par virement

**ADRESSEZ le tout** : En fonction du mode de paiement retenu, voir ci-dessus.

Date : .....

Signature :

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