****

**BULLETIN D'ADHÉSION**

 Première adhésion [ ]

*Association loi 1901 déclarée en préfecture sous le n° 0783007253*

*Agrément Ministère Éducation Nationale NOR* **: MENE1300602A**

*Organisme Formation n° 11 78 82227 78*

 Renouvellement [ ]

|  |
| --- |
| Nom : …………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………………Adresse complète : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………Code Postal : ………………… Localité : ……………………………………………… Tel. Fixe : …………………………………Tel. Portable : …………………………………… Profession : ……………………………………………………………E-mail : …………………………………………………………… |

**Renseignements complémentaires pour les familles**

|  |
| --- |
| **LES ENFANTS**  |
|  | **1er enfant** | **2ème enfant** | **3ème enfant** | **4ème enfant** |
| Nom  |  |  |  |  |
| Prénom  |  |  |  |  |
| Sexe  | F [ ]  | M [ ]  | F [ ]  | M [ ]  | F [ ]  | M [ ]  | F [ ]  | M [ ]  |
| Année de naissance  |  |  |  |  |
| Classe actuelle  |  |  |  |  |
| Nom de l’établissement |  |  |  |  |
| Public[ ]  | Privé[ ]  | Autre\*[ ]  | Public[ ]  | Privé[ ]  | Autre\*[ ]  | Public[ ]  | Privé[ ]  | Autre\*[ ]  | Public[ ]  | Privé[ ]  | Autre\*[ ]  |
| \*Hors contrat, CNED… |  |  |  |  |
| CP/Ville  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prise en compte de la précocité dans l’Ets  | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Saut(s) de classe | Oui  [ ]  | Non  [ ]  | Oui  [ ]  | Non  [ ]  | Oui  [ ]  | Non  [ ]  | Oui  [ ]  | Non  [ ]  |
| Classe :       | Classe :       | Classe :       | Classe :       |
| Classe :       | Classe :       | Classe :       | Classe :       |
| Doublement de classe | Oui  [ ]  | Non  [ ]  | Oui  [ ]  | Non  [ ]  | Oui  [ ]  | Non  [ ]  | Oui  [ ]  | Non  [ ]  |
| Classe :       | Classe :       | Classe :       | Classe :       |
| Classe :       | Classe :       | Classe :       | Classe :       |
|  | **1er enfant** | **2ème enfant** | **3ème enfant** | **4ème enfant** |
| Si enfant testé, préciser  | Nom du test |  |  |  |  |
| Date |  |  |  |  |
| Nom du psychologue |  |  |  |  |
| Ville  |  |  |  |  |

**.**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Spécialistes  | **Psychologue** | **Psychomotricien** | **Orthophoniste** |
| Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Nom  |       |       |       |
| CP/Ville |       |       |       |
| Connaissance de la précocité  | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Éventuels commentaires |       |
| Spécialistes  | **Graphothérapeute** | **Orthoptiste** | **Pédopsychiatre** |
| Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Nom  |       |       |       |
| CP/Ville |       |       |       |
| Connaissance de la précocité  | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Éventuels commentaires |       |
| **Autre (s)** **(à préciser)** |       |

**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.**

[ ]  **Adhésion annuelle : 49 €**

[ ]  **Soutien à l’Association**  : **……** €uros

Montant à régler par chèque libelléà l'ordre de « Monsieur le Trésorier de l'AFEP »

 **ADRESSEZ ce formulaire et le chèque à : AFEP Adhésion - 22 rue Jean Laurent – 78110 Le Vésinet**

Date : …………………

Signature

|  |
| --- |
|  …………………    |

*Echéance : un an à compter d****e la date d'enregistrement***