

BULLETIN D'ADHESION

2024



CIVILITÉ

PRÉNOM

NOM

ADRESSE POSTALE

TELÉPHONE

E-MAIL

VOUS ÊTES

ADULTE DYS PARENT D'ENFANT DYS AUTRE : _____

CONCERNÉ PAR :

DYSLEXIE DYSPRAXIE DYSCALCULIE DYSPHASIE DYS _____

PRÉCISIONS SUR LA PERSONNE CONCERNÉE :

| Prénom | Date de naissance | Nature du/des troubles |
|--------|-------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ADHÉSION RENOUELEMENT

CHÈQUE DE 25€ ET BULLETIN A ADRESSER À
APEDYS 49 - 8 SQUARE LOUIS JOUVET - 49000 ANGERS



COMMENT AVEZ-VOUS CONNU L'APEDYS 49 ?

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SITE INTERNET | <input type="checkbox"/> CONFÉRENCE | <input type="checkbox"/> AUTRE PARENT |
| <input type="checkbox"/> MÉDECIN | <input type="checkbox"/> ORTHOPHONISTE | <input type="checkbox"/> PRESSE |
| | <input type="checkbox"/> AUTRE _____ | |

AVEC VOUS L'APEDYS EST PLUS FORTE

VOUS ACCEPTEZ D'ÊTRE CONTACTÉ(E) POUR :

- FAIRE PARTIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
- ASSURER QUELQUES PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES
- PARTICIPER À DE NOUVEAUX PROJETS
- AIDER À L'ORGANISATION DE MANIFESTATIONS
- PARTICIPER À DES RÉUNIONS
- ASSURER QUELQUES TACHES DE SECRÉTARIAT
- PARTICIPER À DES RENCONTRES ENTRE PARENTS
- RÉDIGER OU METTRE EN FORME DES DOCUMENTS
- AUTRE : _____

UNE REMARQUE ? UNE SUGGESTION ?
