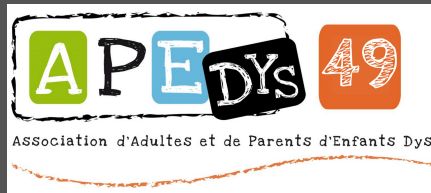


# BULLETIN D'ADHESION

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 ?

---