



APEDYS Réunion

Association d'Adultes et de Parents d'Enfants
DYSlexiques, DYSpraxiques, DYSphasiques...

Bulletin d'adhésion 20

Première adhésion Renouvellement

NOM, Prénom :	
Adresse :	
Fixe :	Mobile :
email :	

Professionnel médical / paramédical (préciser) : _____
 Professionnel éducation / enseignement (préciser) : _____
 Adulte « DYS » (préciser) : _____

Parent d'enfant(s) « DYS » :
Nombre d'enfants total dans la famille : ___ garçons / ___ filles

Prénom(s)	Date de Naissance	Trouble(s) « DYS »	Classe

Profession du père : _____ Profession de la mère : _____

Comment avez-vous connu l'APEDYS ?

Presse, Internet, Conférence... (préciser) : _____
 Professionnel médical / paramédical (préciser) : _____
 Professionnel éducation / enseignement (préciser) : _____
 Adulte « DYS » ou Parents d'enfant(s) « DYS » (préciser) : _____
 Autre (préciser) : _____

Vous souhaitez intégrer le Conseil d'Administration ? oui non

Vous souhaitez aider l'association bénévolement ? oui non

comment ? : _____

Date : _____ Signature : _____

Merci d'envoyer votre chèque de 15 € (particulier) ou de 30€ (professionnel) à l'ordre d'APEDYS Réunion à l'adresse de Mme AIT-ABED Saadia, résidence Bengalis appt.12 Bat.F ZAC Bras Fusil 97470 SAINT-BENOIT