

Association loi 1901 déclarée en préfecture sous le n° 0783007253
Agréée Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et de la Vie Associative
BO n° 34 du 18/09/2003

Première adhésion
Renouvellement

Nom : **REVELLAT** Prénom : **Evelyne**
Adresse complète : **129 Boulevard Pasteur**
Code Postal : **94360** Localité : **Bry-sur-Marne** Tel. Fixe :
Tel. Portable : **0660477164** Profession : **Sophrologue**
E-mail : **evelyne@revellat.fr**

Souhaitez-vous recevoir un reçu fiscal Oui Non

Renseignements complémentaires pour les Familles

| LES ENFANTS | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|--|---|--|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------|---|---|--------------------------------|---------------------------------|
| | | 1 ^{er} enfant | | | 2 ^{ème} enfant | | | 3 ^{ème} enfant | | | 4 ^{ème} enfant | | |
| Nom | | Revellat | | | Revellat | | | | | | | | |
| Prénom | | Flavien | | | Axel | | | | | | | | |
| Sexe | | F <input type="checkbox"/> | M <input checked="" type="checkbox"/> | | F <input type="checkbox"/> | M <input checked="" type="checkbox"/> | | F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | | F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | |
| Date de naissance | | 15-07-91 | | | 23-05-95 | | | | | | | | |
| Classe actuelle | | Bac + 2 | | | Terminale | | | | | | | | |
| Nom de l'établissement | | Ecole de commerce IGS | | | EDTA SORNAS Art: | | | | | | | | |
| | | Public <input type="checkbox"/> | Privé <input checked="" type="checkbox"/> | Autre* <input type="checkbox"/> | Public <input type="checkbox"/> | Privé <input checked="" 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 | | 75010 | Paris | | 75001 | Paris | | | | | | | |
| Prise en charge de la précocité dans l'Ets | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> | | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | Oui <input checked="" 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 : 3 ^{ème} | | | Classe : 3 ^{ème} | | | Classe : | | | Classe : | | |
| | | 1 ^{er} enfant | | | 2 ^{ème} enfant | | | 3 ^{ème} enfant | | | 4 ^{ème} enfant | | |
| Si enfant testé, préciser | Nom du test | | | | | | | | | | | | |
| | Date | | | | | | | | | | | | |
| | Nom du psychologue | | Virginie Barret | | | Virginie Barret | | | | | | | |
| | Ville | | Le Perreux S/Marne | | | Le Perreux S/Marne | | | | | | | |

./.

Avez-vous fait appel aux spécialistes suivants

| Spécialistes | Psychologue | Psychomotricien | Orthophoniste |
|-----------------------------------|--|--|--|
| | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nom | | | |
| CP/Ville | | | |
| Connaissance de la précocité | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" 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 | | | |
| 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.

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 - 111 Boulevard Carnot - 78110 LE VESINET

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

| | | | |
|-------------|--------------|------------------|---------|
| Code banque | Code guichet | Numéro de compte | Clé RIB |
| 30003 | 01867 | 00037262140 | 43 |

(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 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 : 10-09-2013.....

Signature :