|  |  |
| --- | --- |
| **BULLETIN D’ADHÉSION****2020** | **Association DYS MARTINIQUE** |

NOM : …………………………………………………………………………. Prénom : ……………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Code postal : ………………………………  Commune : ……………………………………………………………………………………

Adresse e-mail (en capitales d’imprimerie) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone(s) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Profession (merci d’être le plus précis possible) : ……………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Etes-vous un professionnel de santé ? 🞏 oui 🞏 non

Exercez-vous 🞏 en libéral 🞏 en structure

Etes-vous un Adulte « «dys » ? 🞏 oui 🞏 non

Etes- vous Parent d’un ou plusieurs Enfants « dys » ? 🞏 oui 🞏 non

**Si oui, merci de compléter le verso de cette feuille**

**Cotisation 2020 :**

🞏 Membres actifs : **25 €** 🞏 Membres bienfaiteurs : 90 €

🞏 Espèces 🞏 Chèque n° …………………………………………………. Banque …………………………………..

Date :

Signature :

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l’objet d’un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l’association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l’adhérent bénéficie d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui le concernent, en écrivant à* *dys.martinique@gmail.com*

Etes- vous Parent d’un ou plusieurs Enfants « dys » ?

|  |  |
| --- | --- |
| Enfant 1**NOM :****Prénom :**Troubles **🞎** repérés **🞎** diagnostiqués**🞎 Dyscalculie****🞎 Dysgraphie****🞎 Dyslexie****🞎 Dysorthographie****🞎 Dysphasie****🞎 Dyspraxie****🞎** Trouble du déficit de l’attention (TDA) | Enfant 2**NOM :****Prénom :**Troubles **🞎** repérés **🞎** diagnostiqués**🞎 Dyscalculie****🞎 Dysgraphie****🞎 Dyslexie****🞎 Dysorthographie****🞎 Dysphasie****🞎 Dyspraxie****🞎** Trouble du déficit de l’attention (TDA) |
| Votre enfant bénéficie-t-il de :**🞎** PAP **🞎** PPS **🞎** AESH **🞎** Ordinateur | Votre enfant bénéficie-t-il de :**🞎** PAP **🞎** PPS **🞎** AESH **🞎** Ordinateur |
| Année de naissance : | Année de naissance : |
| □ garçon □ fille | □ garçon □ fille |
| Classe 2019/2020 : | Classe 2019/2020 : |
| Etablissement scolaire : | Etablissement scolaire : |

**Autres enfants**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM | Prénom | Année de naissance | Classe 2019-20 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |