



Bulletin d'adhésion

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Profession : _____

Date de naissance : _____

Nombre d'enfants : _____

Lien avec les TND (parent, pro, autre) _____

Souhaite adhérer à l'association TND Ensemble pour l'année 2025.

Cotisation annuelle : 30 €

Dons : ____ € (à votre convenance et non obligatoire)

Quelles sont vos besoins et vos attentes ? _____

Votre enfant est-il suivi ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, par quel spécialiste (neuropsychologue, orthophoniste, psychomotricienne etc.) _____

Le diagnostic est-il posé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels (TDHA, TSA, HPI et DYS) _____

J'autorise l'utilisation de mon image sur les vidéos ou photos prise afin d'illustrer les actions de communication de l'association TND Ensemble. ☐ Oui ☐ Non

☒ J'accepte le règlement intérieur de l'association.

☒ Je consens à ce que mes coordonnées soient utilisées pour les communications internes de l'association.

Fait à _____ Date : _____

Signature :