

# A.V.P.E.H.P

Case postale 1 - 3960 Sierre  
Tel. 078/685.00.50

## Demande d'adhésion à l'A.V.P.E.H.P

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
No postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Portable \_\_\_\_\_ E- Mail \_\_\_\_\_

**Joindre une attestation du psychologue certifiant que votre enfant satisfait aux conditions établies par l'AVPEHP.**

### Nom des enfants

Prénom	date de naissance	sexe	testé
1			
2			
3			
4			

Je désire adhérer à l'association valaisanne de parents d'enfants à haut potentiel

Inscription CHF 100.-

Cotisation annuelle CHF 50.-.

### **Je bénéficierai donc :**

d'activités de l'association  
de forum  
d'échanges d'expériences entre parents  
d'appui de l'association  
de conseils avisés  
d'informations concernant l'association et ses membres

Je désire m'engager encore plus dans l'association :  oui  non

Lieu et date:

Signature:

La confirmation d'adhésion ainsi qu'une correspondance de bienvenue seront envoyées dans un délai de 2 à 3 semaines.