

des Fées rêves



Tous unis
pour donner vie
aux rêves
d'enfants malades



www.asso-feesdesreves.com
asso.feessdesreves@gmail.com

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REVE ASSOCIATION FEES DES RÊVES | 2018

présidée par Jessica ROBINO
siège social : 451, chemin de la Lougne 83740 La Cadière d'Azur
SIREN : 807 928 213
tel : 06.12.57.01.77

Association Fées des rêves

Tous unis pour donner vie aux rêves d'enfants malades



Pour faire une demande de rêve pour un enfant ou un adolescent atteint d'une maladie très grave ou d'un handicap, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce formulaire et nous le retourner par voie postale en recommandé avec accusé de réception.

Ces informations sont transmises à un professionnel de santé de l'association Fées des Rêves et les informations relatives à la maladie ne sont pas conservées.

Une réponse vous sera apportée dans le plus bref délai.

Merci de remplir toutes les informations suivies d'un astérisque *

Vous

Vous êtes *

- Un des parents de l'enfant
- Un proche de l'enfant
- Un professionnel de santé
- Autre

Nom *

Prénom *

Email *

Téléphone *

L'enfant

Nom de l'enfant *

Prénom de l'enfant *

Sexe de l'enfant * Fille
 Garçon

Nationalité de l'enfant *

Date de naissance de l'enfant*
_ _ / _ _ / _ _ _ _

Adresse de l'enfant *

Code Postal de l'enfant *

Ville de l'enfant *

Pays de l'enfant

Les parents

La maman

Nom de la mère *

Prénom de la mère *

Nationalité de la mère

Situation familiale de la mère Mariée/Pacsée
 Divorcée
 Veuve
 Célibataire
 Concubinage

Email de la mère

Téléphone de la mère *

Paraphe :



Association Fées des rêves

Tous unis pour donner vie aux rêves d'enfants malades



La papa

Nom du père *

Prénom du père *

Nationalité du père

Situation familiale du père
 Mariée/Pacsée
 Divorcée
 Veuve
 Célibataire
 Concubinage

Email du père

Téléphone du père *

Informations médicales

Hôpital où est suivi l'enfant *

Nom du médecin *

Service du médecin *

Email du médecin

Contact téléphonique *

Pathologie de l'enfant *

Date de diagnostic * _ _ / _ _ / _ _ _ _

Indications particulières :
.....
.....
.....
.....

Rêve envisagé par l'enfant

Avez-vous déjà réalisé/fait une demande de rêve avec une/plusieurs association(s)?*
Si oui, le(s)quel(s) et avec

- Oui
 Non

quelle(s) association(s) ?
.....
.....
.....
.....



Paraphe :

Association Fées des rêves

Tous unis pour donner vie aux rêves d'enfants malades



Description du rêve souhaité*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires et informations
à porter à l'attention de
l'association relatives à la
maladie ou le handicap de
l'enfant

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Par la présente, j'accepte que l'association fées des rêves m'aide à réaliser le rêve décrit dans ce document. Je reconnais avoir pris connaissance, lu et approuvé le document de droit à l'image de l'association fées des rêves pour le rêve décrit dans ce document, je reconnais aussi avoir pris connaissance, lu et approuvé le document d'engagement sur l'honneur.

La photocopie recto verso des cartes d'identité des parents ou représentants légaux de l'enfant devront être jointes au dossier de demande de rêve et correspondre aux signataires du document de droit à l'image.

Fait à, le/...../.....
Nom, Prénom, Signature
Précédée de la mention lu et approuvé

Paraphe :

