

# FORMULAIRE DE DEMANDE «I HAVE A DREAM»



## DEMANDEUR DU RÊVE

- Enfant       Tuteur  
 Parent       Professionnel de la santé : .....

## L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

- Fille       Garçon

Date de naissance : .....

Pathologie de l'enfant : .....

Où rencontrer l'enfant ?

- Père       Mère       Tuteur       Hôpital

Adresse : .....  
.....

## REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT

Titulaire de l'autorité parentale :     Père       Mère       Tuteur

NOM et Prénom du Père : .....

Adresse du Père (si différente de celle de l'enfant) : .....

Téléphone : .....

Email : .....

Situation familiale : .....

NOM et Prénom de la Mère : .....

Adresse de la Mère (si différente de celle de l'enfant) : .....

Téléphone : .....

Email : .....

Situation familiale : .....

NOM et Prénom du Tuteur : .....

Adresse du Tuteur (si différente de celle de l'enfant) : .....

Téléphone : .....

Email : .....

## INFORMATIONS MEDICALES

NOM et Prénom du Médecin de ville en charge du suivi actuel : .....

Adresse du cabinet médical : .....

Téléphone : ..... Email : .....

### *Si suivi hospitalier*

Hôpital où est suivi l'enfant : .....

NOM et Prénom du Médecin hospitalier en charge du suivi actuel : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Adresse de l'hôpital : .....

Service hospitalier : .....

## RÊVE(S) DE L'ENFANT

Rêve(s) souhaité(s) et description par ordre de préférence :

1. ....  
.....
2. ....  
.....
3. ....  
.....

Nous vous demandons d'envisager plusieurs rêves, si toutefois le ou les premiers ne peuvent être réalisés pour diverses raisons.

Date, lieu et signature du représentant légal :

---

### **INFORMATIONS ET CONDITIONS GENERALES**

Le formulaire est à adresser, soit par courrier à l'adresse postale suivante

**Association Attrap' Rêves**  
**315 Allée des Lauriers Roses**  
**83140 SIX-FOURS-LES-PLAGES**

Soit par mail à **attrap\_reves@orange.fr**

Pour que toute demande soit prise en compte, nous vous demandons d'accepter les conditions générales suivantes :

1. l'enfant doit être domicilié en France métropolitaine
2. l'enfant doit être âgé de 3 à 17 ans révolus
3. l'enfant doit avoir une maladie ou un handicap reconnu
4. la famille de l'enfant doit adhérer à l'association Attrap' Rêves (cotisation annuelle de 10€)
5. nous ne donnons pas d'argent, ne finançons pas de vacances, ni prenons en charge tout traitement médical ou toutes dépenses non remboursées par la sécurité sociale
6. la demande est soumise à l'avis du conseil d'admission
7. si le nombre de demandes est important, nous n'exaucerons qu'un rêve par enfant, dans l'équité des chances,
8. vous comprenez qu'un rêve puisse être impossible à réaliser
9. toutes les données médicales concernant l'enfant vous sont demandées pour la bonne organisation du rêve et ne seront en aucun cas divulguées publiquement
10. un certificat médical et une autorisation parentale seront demandés dans le cadre de la procédure de réalisation du rêve

J'accepte les conditions générales

Date, lieu et signature (précédés de la mention « lu et approuvé »)

Les données recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement de données destiné à l'association Attrap' Rêves dans le cadre de la gestion administrative des demandes de rêves. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rétractation et d'opposition.