



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,
2. l'enfant doit être âgé de 3 à 18 ans révolus, jusqu'à 25 ans maximum pour les jeunes adultes déficients intellectuels (dossier étudié au cas par cas),
3. l'enfant doit avoir une maladie ou un handicap reconnu (copie de la notification MDPH à fournir ou équivalent),
4. 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,
5. la demande est soumise à l'avis du conseil d'admission,
6. nous faisons notre maximum pour réaliser le rêve, toutefois, il est possible que ce dernier ne puisse aboutir,
7. pour toute demande de séjour en parc d'attraction, une participation financière, pour l'accompagnant, sera demandée à la famille,
8. toutes les données médicales concernant l'enfant vous sont demandées pour la bonne organisation du rêve et ne seront en aucun cas divulguées publiquement,
9. un certificat médical (de moins de 3 mois) et une autorisation parentale pourront être demandés dans le cadre de la procédure de réalisation du rêve,
10. Adhésion OBLIGATOIRE à l'association Attrap' Rêves, (cotisation annuelle de 10€)

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.