

## ENFANT OU ADOLESCENT

Nom : ..... Prénom : .....  Fille  Garçon

Date de naissance : ..... Âge : .....

Pathologie : .....

Où pouvons-nous rencontrer l'enfant ?  Père  Mère  Tuteur  Hôpital

Adresse : .....

Avez-vous sollicité d'autre(s) association(s) pour réaliser des rêves ?  Oui  Non

Si oui, pour quel(s) rêve (s) ? .....

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

L'enfant a-t-il déjà réalisé un ou plusieurs rêves avec une association ?  Oui  Non

Si oui, lequel et à quelle date ? .....

## REPRESENTANTS LEGAUX DE L'ENFANT

## MERE

Nom : .....

Prénom : .....

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

N°Portable : .....

E-mail : .....

Situation familiale : .....

## PERE

Nom : .....

Prénom : .....

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

N°Portable : .....

E-mail : .....

Situation familiale : .....

## TUTEUR

Nom : .....

Prénom : .....

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

N°Portable : .....

E-mail : .....

# INFORMATIONS MEDICALES

## MEDECIN TRAITANT

EN CHARGE DU SUIVI ACTUEL

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse du cabinet : .....

N° de téléphone : .....

E-mail : .....

## MEDECIN HOSPITALIER

EN CHARGE DU SUIVI ACTUEL\*

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse de l'hôpital : .....

N° de téléphone : .....

E-mail : .....

## HOPITAL\*

Nom de l'hôpital où est suivi l'enfant : .....

Service hospitalier : .....

Adresse de l'hôpital : .....

\* Si suivi hospitalier

# REVES DE L'ENFANT PAR ORDRE DE PREFERENCE

### REVE 1

### REVE 2

### REVE 3

Merci de bien vouloir envisager plusieurs rêves au cas où, le ou les premiers ne puissent être réalisés pour différentes raisons. D'autre part, nous vous informons qu'en ce contexte difficile de crise sanitaire, les demandes de déplacements comme les voyages ou les parcs d'attraction ne pourront être retenues.

# DEMANDEUR DE REVE

Nom : .....

Prénom : .....

Qui êtes-vous?  Parents  Tuteur  Professionnel de santé  Enfant

# INFORMATIONS ET CONDITIONS GENERALES

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

1. Pour des raisons pratiques et techniques, nous n'intervenons que dans **la région PACA**,
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 en raison de sa complexité,
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. Une **adhésion à l'association Attrap' Rêves est OBLIGATOIRE** (cotisation annuelle de 10€)

Le formulaire est à remplir et à adresser :

- Soit par **courrier** à l'adresse postale suivante

- Soit par **mail** à [attrap\\_reves@orange.fr](mailto:attrap_reves@orange.fr)

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

Pour que **votre dossier soit complet**, il vous faudra avant la réalisation du rêve, nous faire parvenir : Une copie de la **notification MDPH ou équivalent**, un **certificat médical**, une **autorisation parentale (selon le type de rêve)**, **votre adhésion annuelle à notre association**. Chaque dossier est étudié au préalable par les membres du bureaux et/ou des bénévoles afin de s'assurer qu'il soit bien conforme. Le rêve doit répondre à une demande exprimée par l'enfant. **Cette demande ne peut pas consister à l'achat d'un bien, ni au financement de vacances**. Une fois votre dossier accepté, il est demandé un certificat médical indiquant qu'il n'y a pas de contre-indication entre l'état de santé et la réalisation du rêve. **L'Association se réserve le droit de refuser un rêve qui ne serait pas raisonnablement envisageable**. Le rêve pourra être filmé et/ou photographié. Les images pourront être diffusées dans les communications Attrap'rêves.

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

J'accepte les conditions générales

# ESPACE FAMILLE

## Cet espace est le vôtre !

Parlez-nous du parcours de l'enfant, de sa personnalité, de ce qu'il aime, de ce qui lui donne la force d'avancer, de ces héros préférés. Bref, tout ce dont vous avez envie de nous partager.

Décrivez-nous son rêve, aussi beau qu'il puisse l'imaginer. Et sachez qu'un petit mot de l'enfant, un dessin ou même une vidéo, nous font toujours plaisir ! (Si vous choisissez l'option vidéo, nous vous remercions de nous l'envoyer par mail ou au 06 62 70 01 39.