

INFORMATIONS

• Date:

• Fonction: *

• Service: *

• Téléphone: *

* A remplir uniquement si présenté par une personne du domaine médical.

• Nom et Prénom de l'enfant:

• Adresse:

• Code postal:

• Adresse e-mail des parents: ¹

• Date de naissance:

• Pathologie:

¹ L'adresse e-mail des parents nous permet de leur communiquer les informations que nous avons quant à la progression de la mise en place du rêve de l'enfant.

• Présenté par: *

• Hôpital: *

• Adresse e-mail: *

masculin féminin

• Localité:

• Téléphone mobile:

• Téléphone fixe:

MON RÊVE

• projets de rêves demandés (par ordre préférentiel) ²

1^{er} choix:

2^{ème} choix:

3^{ème} choix:

² Le fait de mentionner plusieurs demandes, par ordre préférentiel, permet si le premier choix de l'enfant est relativement long à se mettre en place, de s'orienter dans un premier temps, vers la deuxième ou troisième demande, sachant que la première demande reste notre priorité.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- **Accompagnement** médical ou paramédical? OUI NON

Si oui, précisez les raisons: _____

- **Fauteuil roulant:** manuel ou électrique

• **Période à éviter:** _____

- **Mode de transport à éviter:** voiture train bus métro avion

- **Bénéficie d'une réduction pour les transports publics?** OUI NON

Si OUI, précisez le type: _____ Taux de réduction: _____

- **Projet à traiter en urgence?** OUI NON

Si oui, précisez les raisons: _____

- **Une demande de rêve a-t-elle été formulée auprès d'une autre association:** OUI NON

Si OUI, auprès de quelle association et pour quel rêve? _____

- **Avez-vous entrepris des démarches pour la réalisation du premier souhait?:** OUI NON

Si OUI, lesquelles? _____

- **L'enfant a-t-il déjà réalisé un rêve avec une autre association?:** OUI NON

Si OUI, lequel(s) et avec quelle(s) association(s)? _____

• **Autres renseignements utiles:** _____

• **Comment et où avez-vous connu Rêves Suisse?** _____