**Dossier de demande de réalisation d’un rêve d’enfant**

**Identité de l’enfant** :

Nom

Prénom

Taille tee-shirt remis à l’occasion de la réalisation du rêve

Date de naissance

A-t-il des frères et sœurs ?

Si oui, prénoms(s) et âge

Quelles sont ses passions ?

Est –il scolarisé ?

Est –il suivi par une institution de soins ?

**Son rêve :**

Quel est son plus grand rêve ?

Comment avez-vous connu l'existence de cette opération de la MASFIP ?

Quels sont les journaux les plus lus dans la région de résidence de l'enfant?

**Parent correspondant :**

Nom du parent correspondant

Prénom du parent correspondant

Date de naissance

Profession

Si parents séparés renseignement concernant l’autre parent

Nom

Prénom

Date de naissance

Profession

**Personne accompagnante :**

Nom/ Prénom / Lien de Parenté

La personne accompagnante a-t-elle un handicap ou une maladie ?

**Coordonnées du parent correspondant :**

Email

Téléphone

Rue

Code postal

Ville

Pays

**Coordonnées du demandeur si autre que correspondant :**

Nom

Prénom

Lien avec l’enfant

Adresse mail

Numéro de téléphone

**Votre demande :**

Avez-vous sollicité d'autres associations pour cette demande ou pour une autre demande en cours ?

Si oui, lesquelles ?

L'enfant a-t-il profité d'une action similaire d'une autre association ?

Si oui, laquelle ?

L'enfant est-il au courant de cette demande ?

Je m'engage à ne pas informer l'enfant de ma démarche ?

**Transports :**

Quelle est la gare la plus proche du domicile de l'enfant ?

Quelle est l'aéroport le plus proche du domicile de l'enfant ?

L'enfant a-t-il déjà voyagé en avion ?

La personne accompagnante et l'enfant ont-ils des cartes d'identité en cours de validité ?

Si oui, date de validité

**Médecin référent :**

Nom

Prénom

Téléphone

Autorisez-vous l'équipe de l’association, chargée de l'organisation et de la réalisation éventuelle du rêve de votre enfant à contacter le médecin ?

**Pathologie de l'enfant**

Nom de la pathologie principale

Date de découverte

Est-il atteint d’autre pathologie

L'enfant a-t-il un équipement médical spécifique ?

Si fauteuil roulant, quelles sont ses dimensions? (Longueur, largeur, hauteur)

Si fauteuil roulant, a-t-il une coque?

L'enfant suit-il un régime alimentaire strict ?

Si oui, lequel?

**Communication avec l'enfant**

L'enfant peut-il communiquer de façon orale ?

L'enfant peut-il exprimer des émotions ?

L'enfant a-t-il un trouble du comportement ?

Si oui, lesquels ?

Comment pensez-vous que votre enfant réagira à la surprise ?

Y a-t-il d'autres précisions que vous estimez nécessaires à nous apporter

Assistance et assurance

Téléphone d'urgence durant le séjour de l'enfant (autre que celui de l'accompagnateur)

**Nom de la compagnie d'assurance**

Téléphone 24h/24 et 7j/7 de la compagnie d'assurance

Le contrat d'assurance contient-il la responsabilité civile ?

Merci de nous écrire un texte expliquant votre démarche, explicitant votre demande plus en détail, et en nous décrivant l'enfant et son quotidien

Les informations portées sur ce formulaire feront l’objet d’un traitement informatisé dans le cadre du règlement général sur la protection des données. Pour exercer vos droits informatique et libertés et pour toute information sur ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de la MASFIP en écrivant à l’adresse suivante : dpo@masfip.fr

Les informations portées sur ce formulaire pourront être transmises à l’association « Un Rêve Un Sourire » partenaire de la MASFIP pour la réalisation du rêve.