



## Dossier de demande de réalisation d'un rêve d'enfant

### **Identité de l'enfant :**

Nom

Prénom

Date de naissance

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

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 informé 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 la validité

## **Médecin référent :**

nom

prénom

téléphone

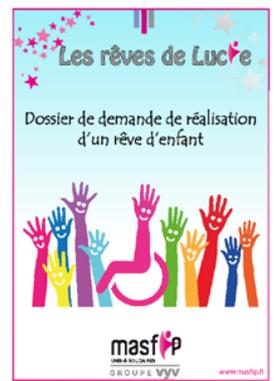
Autorisez-vous l'équipe de l'association, chargée de l'organisation et de la réalisation éventuelle du rêve de votre enfant à contacter le médecin ?

## **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