



Demande de « Moments Inoubliables »

Je soussigné (e) : Mr , Mme , Melle

Nom Prénom

Père Mère de l'Enfant :

Nom Prénom :

Date de Naissance Lieu de Naissance :

Adresse : N° : Rue :

CP : Ville : Tél : Portable :

Email :

Souhaite :

(Il est à noter que nous ne pourrions peut être pas répondre à toutes les demandes sur l'année en cours mais elles seront prises en compte au fur et à mesure et reportées).

Vœu N° 1 :

Vœu N° 2 :

Vœu N° 3 :

Vœu N° 4 :

L'enfant Malade devra être accompagné d'un parent ou sera placé sous la responsabilité d'un bénévole en cas de réalisations groupées.

Passion/ Intérêts :

Pathologie de l'enfant :

Seuls les responsables de l'association seront au courant de la pathologie de l'enfant.

Fauteuil : OUI : NON :

Trachéotomie : OUI NON :

Pour pouvoir bénéficier de cette demande il faut être adhérent.

Fait à

LE

SIGNATURE

