

FICHE DE RENSEIGNEMENT : DEMANDE DE RÊVE

LE DEMANDEUR :

Nom* :

Prénom* :

Téléphone* :

Mail* :

Lien avec enfant* :

- Parent(s)
- Proche de l'enfant
- Professionnel de santé
- Autre :

L'ENFANT :

Nom* :

Prénom* :

Sexe* :

Date de naissance* :

Adresse* :

Téléphone des parents* :

Mail* :

**PHOTO DE
L'ENFANT**

INFORMATIONS MÉDICALES :

Hôpital où est suivi l'enfant* :

Nom du médecin* :

Téléphone du médecin* :

Pathologie de l'enfant* :



Description de l'enfant, de la pathologie et son quotidien :

Description du rêve à réaliser : *(Possibilité de joindre photos, dessins ou vidéos)*