

---

---

**La mission de Make-A-Wish® France est de réaliser le vœu d'enfants malades, en famille et avec magie.**

**Il est nécessaire que nous connaissions bien le(s) vœu(x) de l'enfant.**

Nous ferons tout notre possible pour le réaliser.

Certains enfants peuvent émettre plusieurs souhaits.

Indiquez-les au cas où le premier d'entre eux se révélerait impossible à honorer.

**Merci de bien vouloir remplir, dater et signer les formulaires ci-joints.**

Ces formulaires nous sont nécessaires pour :

Vous contacter

Vous rencontrer

Envisager la réalisation d'un vœu

**Les frais engendrés par l'organisation et la réalisation du vœu sont exclusivement à la charge de l'association.**

**Merci de bien vouloir informer le médecin de votre enfant de la demande de vœu.**

**Il vous faut savoir cependant que:**

Nous n'exauçons pas plus d'un vœu par enfant ;

Nous ne prenons en charge que des enfants de 3 à 17 ans révolus ;

Nous ne donnons pas d'argent hors celui destiné aux dépenses quotidiennes lors du vœu ;

Nous n'offrons pas de vœu à l'enfant s'étant déjà vu offrir un vœu par une autre association ;

Nous ne prenons pas en charge un traitement médical ou tout ce qui est remboursable par la Sécurité Sociale.

**Les formulaires sont à adresser**

*Soit par courrier à l'adresse postale:*

**Make-A-Wish France**

**184, rue du Faubourg Saint-Denis**

**75010 Paris**

*Soit par scan à l'adresse e-mail : [info@makeawishfrance.org](mailto:info@makeawishfrance.org)*

*Soit par fax au : 01.42.94.14.27*

**L'ENFANT** Nom.....Prénom.....Sexe  Féminin  Masculin  
Date de naissance.....

Pathologie de l'enfant : .....

Langues parlées : .....

Vœu(x) souhaité(s) : 1) .....  
2) .....  
3) .....

Urgent Si oui, préciser .....

Avez-vous une demande en cours auprès d'une autre association, ou votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un vœu par une autre association :  Oui  Non

Lieu de résidence de l'enfant :  Père  Mère  Tuteur  Hôpital

Nom de l'hôpital:.....

Où rencontrer l'enfant:  Père  Mère  Tuteur  Hôpital

**TITULAIRE(S) DE L'AUTORITE PARENTALE** Père  Mère  Tuteur

Nom Père..... Prénom(s) : .....

Nom Mère..... Prénom(s) : .....

Nom Tuteur..... Prénom(s) : .....

Adresse Père .....  
Bâtiment : .....Etage : ..... Interphone : ..... Code d'entrée : .....

Adresse Mère (si différente).....  
Bâtiment : .....Etage : ..... Interphone : ..... Code d'entrée : .....

Adresse Tuteur .....  
Bâtiment : .....Etage : ..... Interphone : ..... Code d'entrée : .....

Téléphone Père: Fixe ..... Mobile ..... Professionnel.....

Téléphone Mère: Fixe ..... Mobile ..... Professionnel.....

Téléphone Tuteur: Fixe ..... Mobile ..... Professionnel.....

Avez-vous une préférence d'horaires pour être appelé ? Si oui, préciser.....

Email Père.....Email Mère.....

Email Tuteur.....

Signature(s) des parents : .....

**PERSONNES PARTAGEANT LE FOYER FAMILIAL**

Nom, Prénom	Relation	Date de naissance
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**DEMANDEUR DU VŒU**

- Titulaire de l'autorité parentale
- Enfant
- Professionnel Santé *Fonction* : .....

*Coordonnées* : .....

**COORDONNEES DU OU DES MEDECIN(S)**

***Médecin Hospitalier en charge du suivi actuel :***

Nom, Prénom : .....

Nom de l'hôpital : ..... Nom du Service hospitalier.....

Téléphone (inscrire celui ou ceux que vous connaissez)

Standard: ..... Service.....

Secrétariat ..... Docteur .....

Fax : ..... E-mail : .....

***Médecin de ville en charge du suivi actuel***

Nom, Prénom : .....

Adresse du cabinet médical : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... E-mail : .....

Signature(s) des parents : .....

**Autorisation de divulgation**

Monsieur .....

Madame .....

Atteste(nt) sur l'honneur avoir autorité parentale sur l'enfant .....

Être le père  ; la mère  ; le tuteur légal

Et autorise(nt) les médecins de Make-A-Wish France à obtenir des médecins traitants de mon enfant toute information médicale jugée nécessaire à la réalisation du vœu.

Signature du père.....

Signature de la mère.....

Date et lieu .....

Signature du tuteur.....

Je comprends que l'association ne pourra répondre favorablement à notre demande si notre enfant est déjà engagé ou a déjà réalisé un vœu avec une autre association

Je comprends qu'un vœu puisse être impossible à réaliser

Je comprends que Make-A-Wish® France ne soit pas tenu responsable en cas de non réalisation d'un vœu

Je comprends que les informations médicales concernant mon enfant sont uniquement demandées pour la bonne organisation de son vœu et ne seront en aucun cas communiquées publiquement

Je comprends que la présence de(s) personne(s) autour de l'enfant lors de la réalisation de son vœu doit être préalablement approuvée par Make-A-Wish® France et répondre aux conditions imposées par la Fondation Make-A-Wish® International

*Les données communiquées dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel par Make-A-Wish France ainsi que par la Fondation Make-A-Wish International aux fins de procéder à la gestion administrative des demandes de vœu en vue, le cas échéant et dans la mesure du possible, d'y répondre et d'y satisfaire. Ces données font l'objet d'un transfert à la Fondation Make-A-Wish International, établie aux Etats-Unis d'Amérique. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition.*

Date et lieu.....

Signature du père.....

Signature de la mère.....

Signature du tuteur légal.....