

Merci de bien vouloir remplir le formulaire ci-joint.

Ces formulaires nous sont nécessaires pour :

- Vous contacter,
- Vous rencontrer,
- Envisager la réalisation d'un vœu.

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

Les formulaires peuvent nous être transmis :

- *Soit par courrier à l'adresse postale:*
Make-A-Wish Belgium South
55, Rue des Anciens Etangs
1190 Bruxelles
- *Soit par scan à l'adresse e-mail :* contact@makeawishsud.be
- *Soit par fax au :* **02.420 29 37**

L'ENFANT Nom.....Prénom.....Sexe Féminin Masculin

Date de naissance.....

Pathologie de l'enfant :

Langues parlées :

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

Adresse Père

Téléphone Père: Fixe Mobile
Professionnel.....

Email Père.....

Nom Mère..... Prénom(s) :

Adresse Mère (si différente).....

Téléphone Mère: Fixe Mobile
Professionnel.....

Email Mère.....

Nom Tuteur..... Prénom(s) :

Adresse Tuteur

Téléphone Tuteur: Fixe Mobile
Professionnel.....

Email Tuteur.....

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

PERSONNES PARTAGEANT LE FOYER FAMILIAL

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

DEMANDEUR DU VOEU

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

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 traitant en charge du suivi actuel

Nom, Prénom :

Adresse du cabinet médical :

Téléphone :Fax : E-mail :

FORMULAIRE DE DEMANDE DE VŒU

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® Belgium South ne puisse être 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.

Les données communiquées dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel par Make-A-Wish Belgium South 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 de les satisfaire.