



## **« Rêves de Pitchounes »**

### **Dossier à compléter**

#### ***Renseignements sur l'enfant :***

*Nom – Prénom :* -----

*Adresse postale :* -----

*Date de naissance :* -----

*Pathologie :* -----

*Hôpital et service où l'enfant est suivi :* -----

*Nom du médecin référent :* -----

#### ***Renseignements sur le responsable légal :***

*Nom – Prénom :* -----

*Adresse postale :* -----

-----

*Numéro de téléphone :*-----

*Adresse e-mail :* -----

*Lien de parenté avec l'enfant :* -----

#### ***Description succincte du souhait de l'enfant\* :***

*Attention : Nous vous rappelons que le choix doit être fait par l'enfant lui-même*

-----

-----

-----

-----

*\*Un courrier plus détaillé est demandé dans les documents à fournir*

Pour que le dossier soit pris en compte, merci d'y joindre obligatoirement les documents suivants :

- Une description détaillée du projet et dans la mesure du possible, une lettre de l'enfant lui-même détaillant son souhait (facultatif selon l'état de santé et l'âge de l'enfant);
- Une autorisation écrite et signée du représentant légal de l'enfant mentionnant son accord pour la mise en œuvre du projet ;
- Un certificat du médecin référent de l'enfant attestant de la faisabilité du projet sur le plan médical.

Après réception du dossier complet, le référent du projet prendra contact avec vous. Une rencontre avec la famille et l'enfant sera organisée en présence d'un représentant de l'association. Cet entretien n'a rien de « sélectif », il a uniquement pour but de faire connaissance avec l'enfant et la famille, leur expliquer en détail toutes les modalités de mise en place du projet et répondre à leurs éventuelles questions.

Après cet entretien, le référent du projet fera valider la demande par le bureau de l'association « **Le Chemin Des Rêves** » qui est le garant du projet « **Rêves de Pitchounes** ». Une confirmation vous sera alors adressée par voie postale ou par mail dans les plus brefs délais.

**Attention :** nous vous rappelons que le projet doit être un souhait de l'enfant lui-même et non pas d'une tierce personne. Le représentant légal atteste qu'il aura pris connaissance avant la réalisation du projet de la faisabilité de celui-ci auprès des personnels médicaux et paramédicaux et décharge l'association de toutes responsabilités dans ce domaine.

L'enfant devra obligatoirement être accompagné tout au long du projet par son représentant légal ou toute personne majeure désignée par celui-ci.

Les frais liés à la mise en place du projet (hors cout de certains transports) seront pris en charge par l'association « **Le Chemin Des Rêves** » dans le cadre du projet « **Rêves de Pitchounes** » pour l'enfant et son accompagnateur.

Il est convenu que l'enfant et son accompagnateur seront encadrés sur le projet par le responsable de « **Rêves de Pitchounes** » et un représentant de l'association.

*Merci de renvoyer votre dossier complet par mail à : [cdr06@laposte.net](mailto:cdr06@laposte.net)*

*ou par courrier à l'adresse :*

*Association Le chemin Des Rêves  
Espace Associations Nice Garibaldi  
12 Ter place Garibaldi  
06300 NICE*

*Pour des informations complémentaires, vous pouvez contacter :*

*Mr Tony Thibault, référent du projet au 06 60 03 63 14 ou*

*L'association « Le Chemin Des Rêves » au 06 60 68 31 32*

*Fait à :*

*Le :*

*Nom et signature du représentant légal de l'enfant précédé de la mention  
« lu et approuvé »:*