



Association
l'Orchidée

*Soutient et réalise les projets
d'enfants gravement malades*

Mon projet

Commission Projet

Nom de l'enfant	
Prénom	Date de naissance / /
Adresse	
Code postal	Téléphone
Ville	Mail
Nom de l'hôpital	Service
Médecin traitant	Date de la demande / /
Projet	
Comment l'enfant a-t-il connu l' Association ?	
Avez-vous fait une demande à une autre association ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, laquelle ?	Pour quel projet ?
Avis de la commission Date : / /	Responsable bénévole
	Prévision de réalisation