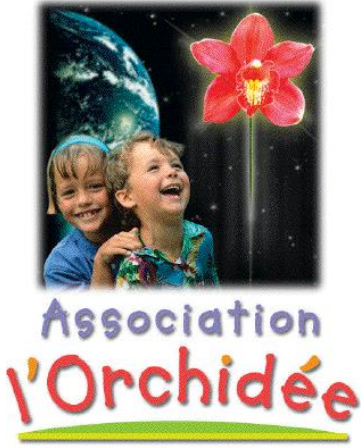


Commission Projet



Mon projet

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Mail : _____

Tel : _____

Nom de l'hôpital : _____

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 ? _____

Si oui, laquelle ? _____

Pour quel projet ? _____

Avis de la commission : _____

Date : _____

Responsable bénévole : _____

Prévision de réalisation : _____