

# COMMISSION PROJET

Ton nom :

Ton prénom :

Ta date de naissance :

Nom et prénoms de tes parents :

As-tu des frères et sœurs ?

Si oui, combien : -----

\*Nombre de frères : -----

(merci de bien vouloir indiquer leurs âges et prénoms) :

\*Nombre de sœurs : -----

(merci de bien vouloir indiquer leurs âges et prénoms) :

*\* Les frères et sœurs jusqu'à 18 ans inclus*

Adresse : -----

Mail : -----

Tél fixe : -----

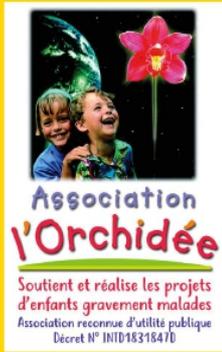
Tel Portable : -----

Nom et adresse de l'hôpital : -----

Quel service ? -----

Quel est le médecin qui s'occupe de toi ?

Mon projet



Mon projet

Date de la demande : .....

Quel est ton projet ? .....

**Nous demandons une succincte description du projet**

Comment as-tu connu l'Association ?

As-tu déjà fait une demande auprès de l'association l'ORCHIDEE ? .....

Si oui, pour quel projet ? .....

As-tu fait une demande à une autre association ?

Si oui, laquelle ? .....

Pour quel projet ? .....

Avis de la commission : .....

Date : .....

Responsable bénévole : .....

Prévision de réalisation : .....

Souhaiteriez-vous devenir adhérent de l'Association ?

Oui  Non

Adhésion 16€ sur HelloAsso ou par chèque à l'ordre de l'Orchidée adressé à l'association.

**Association**

**l'Orchidée**

1 rue Etienne Dolet - 69600 Oullins

06 28 72 54 45 - lorchidee@lorchidee.org