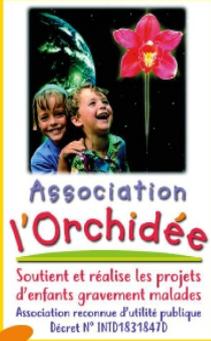


COMMISSION PROJET



Mon 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 :

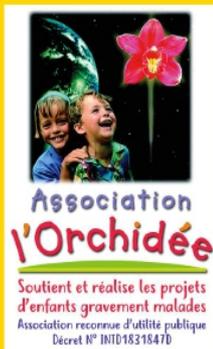
Tel Portable :

Nom et adresse de l'hôpital :

Quel service ?

Quel est le médecin qui s'occupe de toi ?





Mon projet

Date de la demande :

Quel est ton projet ?

Nous demandons de nous faire soit un dessin, soit une succincte description.

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

