

Ma Maman

Mon Papa

Nom

Prénom

Adresse

Avez-vous l'autorité parentale ?  OUI  NON

Tél. domicile travail

Tél. portable

E-mail

Date de naissance

Profession

Mon tuteur

Nom

Prénom

Adresse

Avez-vous l'autorité parentale ?  OUI  NON

Tél. domicile travail

Tél. portable

E-mail

Date de naissance

Profession

2/3

43 rue Camille Claudel 31320 CASTANE-TOLOSAN

Tél. : 06 08 66 62 01 /@ : [galadereves@gmail.com](mailto:galadereves@gmail.com)

« Nous croyons que chacun à la hauteur de ses moyens, peut « faire sa part » pour soutenir les enfants »

ASSOCIATION LOI 1901 - JO DU 30 AOÛT 2022 N°20220035 - Annonce 501

Reconnue d'utilité générale

SIRET N° 918 70 096 00010 - RNA N° W313036766

Nous vous demandons de nous retourner cette fiche accompagnée **d'un certificat médical précisant la pathologie, le suivi et l'état actuel de l'enfant**. Merci de demander à votre médecin de bien vouloir préciser sur ce certificat que le traitement ne présente aucune contre-indication avec la réalisation du rêve de votre enfant.

NB : lors du déplacement pour la réalisation du rêve et pendant la journée ou la soirée, le suivi du traitement et la prise des médicaments sont entièrement sous la responsabilité du(des) parent(s) ou tuteur(s).

Les membres de l'Association Galadéréves déclinent toute responsabilité et ne pourront en aucun cas être tenus responsables pour tout manquement au suivi du traitement pendant le séjour.

De même, les régimes alimentaires spécifiques non liés à la pathologie ne sont pas pris en charge par Galadéréves et leur responsabilité incombe au(x) parent(s) accompagnant(s) ou tuteur(s).

**Tout dossier incomplet et notamment sans certificat médical ne pourra pas être pris en considération**

Demande de rêve faite à :   
le :

Signature du ou des représentant(s) légal(aux)

Faire précéder de la mention « Lu et Approuvé »