



# DEMANDE DE RÊVES

Pour enfant et adolescent

## ENFANT / ADOLESCENT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Avez-vous sollicité d'autre(s) association(s) pour réaliser des rêves ?  Oui  Non

Si oui, quelle(s) association(s) ? \_\_\_\_\_

Pour quel(s) rêve(s) ? \_\_\_\_\_

L'enfant ou adolescent a-t-il déjà réalisé un ou plusieurs rêves avec différente(s) association(s) ?

Oui  Non

Si oui, pouvez-vous préciser le rêve réalisé, la date ainsi que l'association ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu l'Association Petits Princes ?

Personnel hospitalier (si oui, merci d'indiquer son nom) : \_\_\_\_\_

Plaquette ou magazine à l'hôpital

Médias (télévision, internet, radio, réseaux sociaux - si oui indiquer lequel) : \_\_\_\_\_

Personne(s) de votre entourage (familles, amis...)

Autres associations (si oui, merci d'indiquer son nom) : \_\_\_\_\_

Autres

Les informations collectées par l'Association Petits Princes sont conservées uniquement le temps nécessaire pour les finalités poursuivies, conformément aux prescriptions légales. L'ensemble des informations collectées sont conservées de manière confidentielle et destinées exclusivement à l'Association qui s'engage à ne pas les commercialiser, les transmettre ou les échanger avec des organismes ou tiers. Conformément au Règlement UE n°2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour, d'effacement, de retrait de votre consentement, d'opposition au traitement des données personnelles vous concernant. Pour exercer vos droits, adressez-vous à : Association Petits Princes - Responsable de Traitement - 66, avenue du Maine - 75014 Paris - Tél. 01 43 35 49 00 - responsable.traitement@petitsprinces.com. Vous disposez également du droit de déposer une réclamation auprès des autorités de contrôle et notamment auprès de la CNIL (<http://www.cnil.fr/plaintes>)



# FAMILLE

## MÈRE / PÈRE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

@ Email : \_\_\_\_\_

Autorité parentale :      Oui                      Non

## MÈRE / PÈRE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

@ Email : \_\_\_\_\_

Autorité parentale :      Oui                      Non

## MÉDECINS DE L'ENFANT

Dans le cadre de l'instruction de demande de rêves de votre enfant, l'Association Petits Princes est amenée à prendre contact avec les médecins référents de votre enfant afin de solliciter la transmission de données relatives à sa santé. En effet, ces données, limitées à ce qui est strictement nécessaire, sont indispensables pour vérifier que cette demande remplit les critères fixés par l'Association et apprécier la nature et la qualité de l'accompagnement que l'Association pourra vous proposer.

Ces données sont accessibles uniquement aux personnes habilitées de l'Association Petits Princes soumises à une obligation de confidentialité et au respect du secret professionnel sous l'autorité du médecin de l'Association. Nous avons donc besoin de votre consentement pour instruire la demande de rêve de votre enfant.

**Je consens à ce que les données relatives à la santé de mon enfant soient transmises à l'Association Petits Princes à des fins d'instruction de la demande de rêve.**

### Médecin de L'HÔPITAL RÉFÉRENT

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Hôpital / Service : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

### Médecin de L'HÔPITAL DE PROXIMITÉ

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Hôpital / Service : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

### Médecin TRAITANT

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Les informations collectées par l'Association Petits Princes sont conservées uniquement le temps nécessaire pour les finalités poursuivies, conformément aux prescriptions légales. L'ensemble des informations collectées sont conservées de manière confidentielle et destinées exclusivement à l'Association qui s'engage à ne pas les commercialiser, les transmettre ou les échanger avec des organismes ou tiers. Conformément au Règlement UE n°2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour, d'effacement, de retrait de votre consentement, d'opposition au traitement des données personnelles vous concernant. Pour exercer vos droits, adressez-vous à : Association Petits Princes - Responsable de Traitement - 66, avenue du Maine - 75014 Paris - Tél. 01 43 35 49 00 - responsable.traitement@petitsprinces.com. Vous disposez également du droit de déposer une réclamation auprès des autorités de contrôle et notamment auprès de la CNIL (<http://www.cnil.fr/fr/plaintes>).



# COURRIER DES PARENTS

Merci de nous résumer le parcours médical de votre enfant et de nous décrire son rêve.

Ce courrier est indispensable à l'étude de votre demande de rêve.

(une photo, un dessin, une lettre de l'enfant ou d'un membre de l'équipe hospitalière, peuvent accompagner le courrier)

**TOUTES CES INFORMATIONS RESTENT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES**

Les informations collectées par l'Association Petits Princes sont conservées uniquement le temps nécessaire pour les finalités poursuivies, conformément aux prescriptions légales. L'ensemble des informations collectées sont conservées de manière confidentielle et destinées exclusivement à l'Association qui s'engage à ne pas les commercialiser, les transmettre ou les échanger avec des organismes ou tiers. Conformément au Règlement UE n°2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour, d'effacement, de retrait de votre consentement, d'opposition au traitement des données personnelles vous concernant. Pour exercer vos droits, adressez-vous à : Association Petits Princes - Responsable de Traitement - 66, avenue du Maine - 75014 Paris - Tél. 01 43 35 49 00 - responsable.traitement@petitsprinces.com. Vous disposez également du droit de déposer une réclamation auprès des autorités de contrôle et notamment auprès de la CNIL (<http://www.cnil.fr/plaintes>).



# COURRIER DES PARENTS

Merci de nous résumer le parcours médical de votre enfant et de nous décrire son rêve.

Ce courrier est indispensable à l'étude de votre demande de rêve.

(une photo, un dessin, une lettre de l'enfant ou d'un membre de l'équipe hospitalière, peuvent accompagner le courrier)

**TOUTES CES INFORMATIONS RESTENT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES**

Les informations collectées par l'Association Petits Princes sont conservées uniquement le temps nécessaire pour les finalités poursuivies, conformément aux prescriptions légales. L'ensemble des informations collectées sont conservées de manière confidentielle et destinées exclusivement à l'Association qui s'engage à ne pas les commercialiser, les transmettre ou les échanger avec des organismes ou tiers. Conformément au Règlement UE n°2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour, d'effacement, de retrait de votre consentement, d'opposition au traitement des données personnelles vous concernant. Pour exercer vos droits, adressez-vous à : Association Petits Princes - Responsable de Traitement - 66, avenue du Maine - 75014 Paris - Tél. 01 43 35 49 00 - responsable.traitement@petitsprinces.com. Vous disposez également du droit de déposer une réclamation auprès des autorités de contrôle et notamment auprès de la CNIL (<http://www.cnil.fr/plaintes>).

