

DEMANDE POUR DEVENIR UN PETIT PRINCE

I. ENFANT / ADOLESCENT

Nom :

Prénom : Sexe :

Date et 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 l'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) :

☐ Plaque ou magazine à l'hôpital

☐ Médias (télévision, internet, radio, réseaux sociaux. Si oui, merci d'indiquer lequel) :

☐ Personne(s) de votre entourage (famille, amis)

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

☐ Autres (merci d'indiquer le(s)quel(s)) :



II. FAMILLE

PÈRE / MÈRE ou Tuteur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse (si différente) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Courriel :

Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non

PÈRE / MÈRE ou Tuteur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse (si différente) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Courriel :

Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non

III. MÉDECINS DE L'ENFANT

Dans le cadre de l'instruction de demande de rêves de votre enfant, l'Association Petits Princes est amenée à collecter des données personnelles incluant des données de santé au sens du Règlement européen sur la protection des données du 27 avril 2016 (RGPD). L'Association Petits Princes est également 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 Petits Princes et apprécier la nature et la qualité de l'accompagnement que l'Association Petits Princes 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 coordinateur de l'Association Petits Princes.

Nous avons donc besoin de votre consentement pour instruire la demande de rêve de votre enfant.

Détenteur de l'autorité parentale, JE CONSENS à ce que :

- ☐ L'Association Petits Princes collecte les données relatives à la santé de mon enfant nécessaires à l'instruction de la demande de rêve ;
- ☐ Les médecins référents transmettent des données de santé aux médecins de 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 TRAITANT

Nom / prénom :

Ville :

Tél. :

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE PROXIMITÉ

Nom / prénom :

Hôpital /service :

Tél. :



Les données personnelles collectées par l'Association Petits Princes, en tant que responsable du traitement, sont traitées à des fins de gestion des demandes de rêve, pour l'organisation et le suivi des enfants et des familles. Les données sont uniquement destinées à celle-ci et à ses partenaires participant au rêve. Vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de portabilité ou demander une limitation du traitement des données personnelles vous concernant en vous adressant à : Association Petits Princes – Responsable de Traitement - 66, avenue du Maine - 75 014 Paris - Tél. : 01 43 35 49 00 - dpo@petitsprinces.com. Vous disposez également du droit de déposer une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés. Pour plus d'information, vous pouvez consulter la politique de confidentialité sur le site de l'Association Petits Princes.

COURRIER DES PARENTS OU TUTEUR

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.

Si le courrier est écrit par un tiers, merci de nous préciser que les parents sont bien informés de la démarche
(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

Area for writing the letter, consisting of horizontal lines.



COURRIER DES PARENTS OU TUTEUR

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.

Si le courrier est écrit par un tiers, merci de nous préciser que les parents sont bien informés de la démarche (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

Area for writing the letter, consisting of horizontal lines.

