



Réalise les rêves d'enfants malades ou handicapés

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÊVE

Mon nom de famille : Mon prénom :

Je suis : Une fille Un garçon Né(e) le :

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Ma pathologie (en résumé, nous n'en parlerons jamais mais nous devons savoir par rapport à la faisabilité de tes rêves.)

Rêve N°1 (en résumé et en expliquant brièvement pourquoi ce rêve.)

Rêve N°2 (au cas où le 1er serait difficilement réalisable)

Rêve N°3 (au cas où les 2 premiers seraient difficilement réalisables)

Formulaire à nous envoyer *accompagné d'une photo* à :

Association Conte Moi Un Rêve - 42 bis Route de Pommier - 24660 NOTRE-DAME-DE-SANILHAC

 **ConteMoiUnReve** • Courriel : contemoiunreve@gmail.com • Tél. : 06 25 04 17 21

www.contemoiunreve.org