

**AUTORISATION DE COMMUNIQUER
LES INFORMATIONS MÉDICALES**

Je soussigné (parent, responsable légal, tuteur),

.....
autorise (nom du médecin)

.....
à communiquer les informations médicales requises concernant
(nom de l'enfant)

.....
à Make-A-Wish Foundation de Suisse et du Liechtenstein.

.....
Signature du parent /
responsable légal / tuteur

.....
Date

N.B. La demande de vœu n'est pas valable sans signature.

**Veillez renvoyer le formulaire dûment rempli
à l'adresse suivante :**

Make-A-Wish Foundation de Suisse et du Liechtenstein
5, chemin du Canal - 1260 Nyon

Notre fondation réalise les vœux les plus chers
des enfants et des jeunes adolescents gravement malades
âgés de 3 à 17 ans

**INSCRIPTION
POUR UN VŒU**



Make-A-Wish Foundation de Suisse et du Liechtenstein

5, chemin du Canal - 1260 Nyon

Tél. : +41 (0)22 310 40 12

www.makeawish.ch - info@makeawish.ch

FAIS UN VOEU !

Depuis sa création en Suisse en 2003, Make-A-Wish, fondation reconnue d'utilité publique, offre aux enfants gravement malades des moments précieux avec leur famille, loin de la routine de l'hôpital, pendant lesquels ils peuvent oublier leur maladie et retrouver l'énergie et le courage pour continuer à se battre.

Make-A-Wish collabore étroitement avec les médecins et le personnel médical dans toute la Suisse. Après la réception d'une inscription, nous contactons la famille de l'enfant afin de lui expliquer le processus de la réalisation du vœu.

L'inscription de l'enfant peut être effectuée par les parents, le médecin traitant, le personnel soignant, les assistantes sociales ou l'enfant lui-même. Toutefois, la signature d'un parent/du représentant légal est obligatoire.

Nous nous réjouissons de recevoir l'inscription de votre enfant.

CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER D'UN VOEU

Je soussigné (parent, responsable légal, tuteur),

Nom et Prénom :

confirme que mon enfant

- est âgé de 3 à 17 ans
- habite en Suisse ou au Liechtenstein ou s'y fait soigner
- n'a pas déjà eu un vœu réalisé avec une autre organisation
- n'est pas inscrit pour un vœu auprès d'une autre organisation
- que les informations médicales indiquées sont correctes.

.....
Signature

.....
Date

Make-A-Wish ne réalise pas de vœux liés aux appareils médicaux, aux véhicules motorisés, aux dons en argent, aux armes, aux animaux domestiques ainsi qu'à toute construction supplémentaire au domicile de l'enfant. La fondation ne réalise pas de vœux en dehors de l'Europe.

INSCRIPTION

Coordonnées de l'enfant

Nom : Prénom :

Fille Garçon Date de naissance :

Rue, n° :

Code postal : Ville :

Tél. : No. de portable :

E-mail :

Informations médicales

Description de la maladie et de la condition actuelle de l'enfant :

.....
.....
.....

Nom du médecin traitant :

Tél. du médecin :

E-mail du médecin :

Nom de l'hôpital :

Renseignements sur la personne inscrivant l'enfant

Nom : Prénom :

Relation avec l'enfant :

Rue, n° :

Code postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Comment avez-vous entendu parler de Make-A-Wish ?

.....
.....