



FORMULAIRE DE DEMANDE DE VŒU

Enfant/Adolescent : Nom : Prénom : Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance :

Pathologie de l'enfant/adolescent :

.....

Vœu(x) souhaité(s) : 1/.....

2/.....

3/.....

Urgent, si oui, merci de préciser :

Nom de l'hôpital qui suit l'enfant /adolescent :

Responsable(s) légal(aux)

Nom du Père : Prénom(s) :

Adresse :

..... Email :

Téléphone : Fixe : Mobile : Professionnel :

Nom de la Mère : Prénom(s) :

Adresse :

..... Email :

Téléphone : Fixe : Mobile : Professionnel :

Nom du Tuteur : Prénom(s) :

Adresse :

..... Email :

Téléphone : Fixe : Mobile : Professionnel :



FORMULAIRE DE DEMANDE DE VCEU

CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR LE MEDECIN HOSPITALIER

A REMPLIR UNIQUEMENT POUR UN VCEU EN MILIEU COLLECTIF

Lieu, date, signature et cachet du médecin hospitalier



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE VŒU
AUTORISATION DROIT A L'IMAGE D'UNE PERSONNE MINEURE**

Je* ou Nous* soussigné(s).....

domicilié(s)

autorise* (sons) l'Association Merci Noémy,

n'autorise(sons) pas* l'Association Merci Noémy,

à utiliser et à diffuser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, mon image
ou l'image de mon (mes) enfant(s), nom(s), prénom(s)

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

sur les supports de communication qu'elle utilise (page Facebook, Instagram, presse
écrite, audiovisuel public, site internet), sans limite dans le temps.

Fait à

Le

Signature* - Signatures des représentants légaux* (père et/ou mère) pour les enfants mineurs

Précédées de la mention « lu et approuvé – bon pour accord »

***rayez la mention inutile**