

Requérant/Institution :	Pour l'année :
-------------------------	----------------

Enfant bénéficiaire :	Nom :	Prénom :
	Date de naissance :	
	Domicile :	

Accueilli à :

Diagnostic(s) détaillé(s):

Description des besoins de l'enfant:

Raison du refus AI ou Assurance

Situation socio-économique des parents
--

Frais payés par le passé par :

Thérapies	Nombre de séances	Coût total

Moyens auxiliaires	Type	Coût total

Autres mesures	Type	Coût total

Total de la demande

Nom du médecin traitant de l'enfant : Tél :

Accord du représentant légal pour :

- Contact éventuel par un des médecins du conseil de la fondation (Dr Caroline Menache Starobinski; Prof. Stéphane Sizonenko) avec le médecin traitant et/ou spécialiste et/ou thérapeute qui suit l'enfant :
- Transmission des documents de l'AI, de l'assurance, des rapports médicaux

Date : Signatures des parents de l'enfant : de l'institution (le cas échéant):