



FÖRDERVEREIN  
**FÜR KINDER MIT  
SELTENEN KRANKHEITEN**

## **DEMANDES DE SOUTIEN D'ENFANTS CONCERNES, DE LEURS FAMILLES ET DE LEURS PROCHES**

### **REQUERANT**

Prénom, Nom

---

Adresse

---

NPA / Localité

---

Téléphone privé

---

Mobile

---

Courriel

---

Coordonnées bancaires

---

### **PERSONNE(S) CONCERNEE(S)**

Prénom, nom, date de naissance \*, pathologie / diagnostic, situation familiale, adresse, NPA, localité

\* Des demandes ne peuvent être soumises que pour des enfants et des adolescents jusqu'à l'âge de 17 ans révolus.

### **QUEL EST L'OBJET DU SOUTIEN SOLLICITE? (Rapport succinct avec les effets escomptés et un calendrier)**



FÖRDERVEREIN  
**FÜR KINDER MIT  
SELTENEN KRANKHEITEN**

**QUEL EST LE MONTANT DU SOUTIEN SOLLICITE? (Demande avec budget global)**

**RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES ADRESSEES A D'AUTRES ORGANISMES DE SOUTIEN (mise à jour nécessaire).**

Par ma signature, je confirme l'exactitude de mes renseignements. J'autorise par ailleurs l'association d'intérêt général de soutien aux enfants atteints de maladies rares à utiliser mes données pour des investigations complémentaires. Les renseignements personnels seront traités de façon strictement confidentielle.

Lieu, date

---

Prénom, Nom

---