

DEMANDE D'AIDE DE FINANCEMENT POUR LES PROFESSIONNELS

Ce dossier est destiné à vous aider à formuler une demande d'aide financière auprès de l'Association Sourire d'Enfant.

Notre objectif est d'aider et de soutenir financièrement les activités éducatives, les matériels, les traitements ou les opérations chirurgicales en faveur des enfants hospitalisés, malades et/ou en situation de handicap.

Nous vous informons qu'à la réception de votre dossier, celui-ci passera en étude lors de la prochaine commission. Malheureusement, si le dossier n'est pas complet, votre dossier ne pourra pas passer en commission.

Attention : Merci de ne pas envoyer votre courrier en recommandé, si vous passez par la voie postale, pour l'envoi de votre dossier.

Identification de l'hôpital ou structure concerné par la demande :

Nom de l'hôpital ou de la structure	
Civilité	
Nom et prénom du directeur ou directrice	
Civilité	
Nom et prénom de l'interlocuteur de la demande	
Adresse postale	
Code postale et commune	
Téléphone	
Adresse mail	

.....

.....

.....

☐ Oui ☐ Non

.....

[illegible]

Précisez les attentes, besoins que vous aimeriez mettre en place grâce au financement accordé par l'association :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont les objectifs que l'hôpital pourrait atteindre grâce au financement de votre demande ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Précisez le coût détaillé de votre demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont les personnes bénéficiaires de cette aide ?

.....

.....

.....

Quel est le lieu de réalisation du projet, thérapie etc ?

.....

.....

.....

Autres commentaires :

.....

.....

.....

Attestation sur l'honneur

Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toutes les demandes initiale ou renouvellement et quel soit le type d'aide sollicitée

Je soussigné(e)

Représentant légal(e) de l'hôpital ou structure

- Certifie l'exactitude des informations du présent dossier
- Demande une aide d'un montant de€

Fait le

Signature

Autorisation de diffusion

Autorisation préalable pour la diffusion d'informations et de photos sur nos supports de communication papiers et numériques.

Je soussigné(e)
.....

Autorise l'Association Sourire d'Enfant à diffuser sur ses supports de communications (journal, bulletin d'information, newsletter, site internet, Facebook, Instagram, LinkedIn, Twitter et flyers) des informations personnelles concernant le projet financé (photographie, nom de l'établissement, service).

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives à l'exercice de mes droits concernant la diffusion d'informations personnelles sur Internet : droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données me concernant (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Fait le

Signature

Pièces à joindre à votre demande

- ☐ Devis de la demande
- ☐ RIB de l'établissement ou du professionnel
- ☐ Autorisation de diffusion de l'association Sourire d'enfant ci jointe (dûment signée pour accord)
- ☐ Attestation sur l'honneur dûment signée avec la somme demandée (montant précis obligatoire)

Si association au sein de l'hôpital :

- ☐ Document officiel de la création de l'association
- ☐ Présentation avec les actions et le but de l'association