



Feuille de contact initial / Initial Contact Sheet

Nom de l'enfant / Child's Name: _____			Age: _____	Date de Naissance / Date of Birth: _____	
Nom de la Mère / Mother's Name: _____			Nom du Père / Father's Name: _____		
Frère/Soeur/Siblings (Nom & Age-date de naissance/Name & Age-birthday): _____			Frère/Soeur / Siblings (Nom & Age-date de naissance/Name & Age-birthday): _____		
Tél. Maison / Home Tel #: _____		Tél. au Travail (Mère) / Mother's Work Tel #: _____		Tél. au Travail (Père) / Father's Work Tel #: _____	
Adresse / Address: _____			Cellulaire / Cell Phone #: _____		Courriel / email: _____
Ville / City: _____		Province: _____		Code Postal / Postal Code: _____	

Adresse de Mère/Père (si différent d'en haut) / Mother's/Father's address (if different from above): _____					
Ville / City: _____		Province: _____		Code Postal / Postal Code: _____	

Veuillez cocher le suivant / Please check the following:		Tuteur(e) Legal(e) / Legal Guardian <input type="checkbox"/>		Famille d'accueil / Foster family <input type="checkbox"/>	
--	--	--	--	--	--

Médecin(e) de l'enfant / Child's Doctor: _____		Hôpital / Hospital: _____			
Tel: _____		Télécopieur / Fax: _____			
Adresse du Médecin(e) / Doctor's Address: _____					
Ville / City: _____		Province: _____		Code Postal / Postal Code: _____	
Diagnostic / Diagnosis: _____					
Pronostic / Prognosis: _____					

Je, le soussigné, autorise par la présente la divulgation des renseignements médicaux concernant l'enfant mentionné ci-haut. I, the undersigned, hereby authorize the release of medical information regarding the Dream Child named above to the Foundation.		Veuillez initier ici / Please initial here X _____	
--	--	--	--

Est-ce-que l'enfant a déjà fait réaliser un rêve par un autre organisation? / Has this child ever received a dream from another organization?		Oui / Yes <input type="checkbox"/>		Non / No <input type="checkbox"/>	
--	--	------------------------------------	--	-----------------------------------	--

L'enfant a été référer par / Child was referred by: _____

Rêve de l'enfant / Child's Dream: _____

Je, le soussigné, déclare par la présente que les informations données ci-haut sont vraies. I, the undersigned, hereby declare the above information is true.	
Signature du parent ou tuteur(e) légal(e) / Parent's or Legal Guardian's Signature _____	
Date: _____	

Pour l'usage du bureau seulement / For office use only:		
Date reçu / Date Received: _____	# de Référence / Reference #: _____	Date de réalisation du rêve / Date Dream Fulfilled: _____