



**UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ENFANTS ATTEINTS  
DE CANCER OU DE LEUCEMIE**

**Appel à Projet soutien à la fratrie**

**REFERENCES**

Nom de l'association :

.....  
.....

Adresse de l'association :

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

Date de création :

.....

Tél. : ..... Tel. Portable : .....

E-mail : .....

Nom et Prénom du Président :

.....

**RESPONSABLE du PROJET**

Personne à contacter :

.....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....

Tél. professionnel : .....

Télécopie : .....

Email.....

**DEMANDE D' AIDE FINANCIERE**

TITRE du PROJET de soutien à la Fratrie

Objet de la demande d'aide :

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

Montant total de l'aide sollicitée : .....

DESCRIPTION et BUDGET PREVISIONNEL DE L'ACTION

Intitulé de l'action :

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

Préciser en quelques lignes comment votre action contribue à la prise en charge des frères et sœurs de l'enfant traité pour un cancer.

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

Dates de début et de fin de l'action.....

Description précise du projet

Budget prévisionnel

Fait à .....,  
le.....

**Signature du Président**