FORMULAIRE DE DEMANDE
FONDS MUCOSPORT ENFANTS 2026

Vous pouvez introduire une demande auprès de ce fonds pour des enfants et adolescents n'atteignant pas l'âge de 18 ans. Valable du ***1/01/2026 au 31/12/2026****.*

Nom de l'enfant ou adolescent atteint de mucoviscidose : .....

Date de naissance de l'enfant ou ado atteint de mucoviscidose : ... / ... / ..... Centre muco : .....

Nom du parent qui introduit la demande : .....

Rue et numéro/boîte : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Numéro de compte : B E ☐☐ . ☐☐☐☐ . ☐☐☐☐ . ☐☐☐☐

Nom du titulaire du compte : .....

Description du projet de l'enfant / ado : (type, lieu, période, déroulement…)

.....

.....

.....

.....

Le coût total de ce projet s'élève à ..... euros

Le soutien demandé s'élève à ..... euros *(maximum 200 euros)*

Si l'Association Muco accepte le projet, je préfère recevoir le paiement avant le ... / ... / .....

(Notez qu'un délai de minimum 2 semaines est nécessaire pour traiter votre demande)

Important: Après l'achat, envoyez la facture ou preuve de paiement le plus rapidement possible à nicolas@muco.be. Nous devons l'avoir reçue avant de pouvoir approuver une nouvelle demande de fonds.

Merci de renvoyer ce formulaire par
e-mail (nicolas@muco) ou par courrier à l'Association Muco, Rue des Trois Ponts 124, 1160 Bruxelles.

Un petit compte-rendu avec photo serait particulièrement apprécié!

Date et lieu : ..... Signature :