



Formulaire de demande solidaire – Projet

« Cheveux sur le Cœur »

1. Identité

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Adresse e-mail :

2. Votre situation médicale (confidentielle)

Merci de cocher la ou les cases correspondant à votre situation :

- ☐ Perte de cheveux liée à une maladie (cancer, pelade, alopecie...)
- ☐ Traitement médical en cours (chimiothérapie, radiothérapie, etc.)
- ☐ Alopecie hormonale ou génétique
- ☐ Autre (préciser) : _____

Document à fournir : justificatif médical (certificat, ordonnance, attestation médecin)

3. Situation sociale

- ☐ Je bénéficie d'aides sociales (CMU, RSA, AAH...)
- ☐ Revenu fiscal inférieur à 15 000 € / an
- ☐ Je suis suivie par une assistante sociale
- ☐ Autre (préciser) : _____

Document à fournir : justificatif de situation sociale (CAF, France travail, etc.)



4. Votre besoin

Avez-vous déjà porté une perruque ou autre complément capillaire ?

Vous pouvez joindre une photo si vous le souhaitez (optionnel).

5. Votre motivation (facultatif mais recommandé)

En quelques lignes, expliquez pourquoi ce projet vous touche et ce qu'il pourrait changer pour vous :

.....

.....

.....

6. Engagement

En cochant cette case, vous reconnaissez que :

- ☐ Le projet est destiné à un usage personnel et non revente
- ☐ Vous paierez uniquement les frais de confection et d'accompagnement (tarif solidaire)
- ☐ Le délai de confection peut varier selon la disponibilité
- ☐ J'ai lu et j'accepte les conditions du programme solidaire « Cheveux sur le Cœur »