

BULLETIN D'INSCRIPTION AU WEEK-END LOISIRS HTAPFRANCE

Du 31 octobre au 02 novembre 2025, au Centre International de Séjour Lamourelle à Carcassonne (11)

Complétez ce bulletin et retournez-le
accompagné de votre règlement
au plus tard le 16 octobre 2025
soit par courrier postal à HTaPFrance
17 B, Avenue de Concoeur
21700 NUITS-SAINT-GEORGES
soit par email à :
administration@htapfrance.com

Je participerai au Week-End Loisirs du 31 octobre au 02 novembre en
tant que :

- ☐ Proche de patient ☐ Médecin/Infirmière/Soignant
☐ Patient ☐ Bénévole
☐ Autre (précisez).....

Membre d'HTaPFrance ☐ OUI ☐ NON

1^{ère} participation ☐ OUI ☐ NON

Nom : Prénom :

N° et rue :

Code postal : Ville :

Tél. : E-mail :@.....

Nombre de personnes participant au séjour :

Détail des participants. Je coche celui (celle(s) ou ceux) qui a (ont) une HTP, et précise le lien pour les autres (par
exemple : conjoint, mère, amis) :

Participants (adulte) :

- * ☐ Nom : Prénom : lien :
* ☐ Nom : Prénom : lien :
* ☐ Nom : Prénom : lien :
* ☐ Nom : Prénom : lien :

Enfants

- * ☐ Nom : Prénom : Date de naissance :
* ☐ Nom : Prénom : Date de naissance :
* ☐ Nom : Prénom : Date de naissance :
* ☐ Nom : Prénom : Date de naissance :

COÛT DE VOTRE PARTICIPATION

Grâce au soutien de nos partenaires et donateurs, nous pouvons prendre en charge une grande partie des frais
d'hébergement et de restauration du week-end.

	Adhérent (1 parent adhérent = enfant(s) adhérent(s))			Non adhérent		
	Enfants (jusqu'à 20 ans) malades	Enfants (- 18 ans) non malades	Adulte (18 ans et +)	Enfants (jusqu'à 20 ans) malades	Enfants (- 18 ans) non malades	Adulte (18 ans et +)
FORFAIT WEEKEND (1)	Gratuit	15.00 €	45.00 €	Gratuit	25.00 €	90.00 €
JOURNÉE SEULE (2)	Gratuit	10.00 €	20.00 €	Gratuit	15.00 €	40.00 €

(1) Le forfait Week-end comprend les nuits de jeudi et vendredi, les repas (boissons comprises) du vendredi soir au
dimanche midi inclus. Ce tarif est valable pour l'ensemble du week-end loisirs, quel que soit le temps de présence.

(2) Le prix de la journée seule inclut le repas de midi, sans hébergement (option repas du soir à nous préciser – en
supplément : 10 € par adulte)

Pour adhérer et ainsi devenir membre, contactez notre secrétaire qui vous enverra votre bulletin d'adhésion ou
sur le lien suivant : <https://www.helloasso.com/associations/htapfrance/adhesions/adhesionhtapfrance2025>.

RÉSERVATION DE L'HÉBERGEMENT

Veuillez indiquer le nombre de personnes participant par nuit.

	Nuit de vendredi	Nuit de samedi
Nombre de participants		



RÉSERVATION DES REPAS

Veuillez indiquer le nombre de personnes dans les cases correspondantes.

	Vendredi 31/10	Samedi 01/11			Dimanche 02/11	
	Dîner	Petit déjeuner	Déjeuner	Dîner	Petit déjeuner	Déjeuner
Nombre de participants						

Quelqu'un suit-il un régime alimentaire particulier ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez : ☐ sans sel ☐ sans sucre ☐ autre, précisez :

Y a-t-il des allergies / intolérances dans la famille ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez :

Qui est concerné (et précisez si adulte ou enfant) ?

Si plusieurs personnes sont concernées, contactez Roxane au secrétariat HTaPFrance (06.37.44.52.80)

MONTANT DÛ

Veuillez indiquer le nombre de personnes ainsi que le prix total dans les cases correspondantes.

		Nbre de personnes	Prix par Personne	Total
Forfait Week-End	Enfant malade jusqu'à 20 ans (adhérent et non adhérent)		Gratuit	
	Enfant non malade (- 18 ans) Adhérent*		15,00€	
	Adulte (18 ans et +) Adhérent*		45,00 €	
	Enfant non malade (- 18 ans) Non Adhérent		25,00 €	
	Adulte (18 ans et +) Non-Adhérent		90,00 €	
Forfait journée	Enfant malade jusqu'à 20 ans (adhérent et non adhérent)		Gratuit	
	Enfant non malade (- 18 ans) Adhérent*		10,00 €	
	Adulte (18 ans et +) Adhérent*		20,00 €	
	Enfant non malade (- 18 ans) Non Adhérent		15,00 €	
	Adulte (18 ans et +) Non Adhérent		40,00 €	
MONTANT TOTAL DÛ				€

*1 parent adhérent = enfant(s) adhérent(s)

Pour ceux qui en auraient besoin, une aide financière au transport peut éventuellement être accordée sous forme de bourse.

☐ Règlement par chèque à l'ordre de **HTaPFrance**

☐ Règlement via la billetterie en ligne sur **HelloAsso**

<https://www.helloasso.com/associations/htapfrance/evenements/week-end-loisirs>

ou en flashant le QR-code :



Si vous souhaitez soutenir ce projet, votre don est le bienvenu ! 😊



**Johnson
& Johnson**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT HTAP :

Par quel Centre de compétence ou hôpital est-il suivi ?

Année du diagnostic :Traitements :

Est-il sous oxygène ? ☐oui ☐non Si oui, le débit est de..... l/mn

Le prestataire de services est :

Je m'engage à demander à mon prestataire habituel de faire une livraison sur le lieu du Week-End Loisirs.

Utilise-t-il un fauteuil roulant ? ☐oui ☐non

Avez- vous besoin d'un ou plusieurs équipements adaptés (lit bébé, siège dans la douche, ...) ? ☐ oui ☐non

Si oui, précisez

Autres remarques :

NOM :

PRÉNOM :

LIEU :

DATE :

SIGNATURE :

