



Association HTaP France

5, rue du Lac Léman – 91140 Villebon-sur- Yvette – France
Tél. : + 33 (0)6 37.44.52.80 Courriel : administration@htapfrance.com
Internet : www.htapfrance.com



ATTENTION :
NOMBRE DE PLACES LIMITÉ

BULLETIN D'INSCRIPTION au Week-End Enfants-Familles

Du 14 au 16 septembre 2018, Centre Yvonne Martinot à Mesnil-Saint-Père (10)

Je participerai au WEEF du 14 au 16 septembre 2018

en tant que :

- ☐ Patient ☐ Médecin/Infirmière/Soignant
☐ Proche de patient ☐ Autre

Membre d'HTaP France ☐ OUI ☐ NON

1^{ère} participation ☐ OUI ☐ NON

Complétez ce bulletin et retournez-le
accompagné de votre règlement
au plus tard le 29 août 2018
soit par courrier postal à
HTaP France
5, rue du Lac Léman
91140 VILLEBON-SUR- YVETTE
soit par e-mail à :
administration@htapfrance.com

Nom : Prénom :

N° et rue :

Code postal : Ville :

Tél. : E-mail :@.....

Nombre de personnes participant au séjour :

Détail des participants. Je coche celui (celle ou ceux) qui a (ont) une HTP :

Enfants :

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

Parents :

- | | |
|--|----------------|
| * ☐ Nom : | Prénom : |
| * ☐ Nom : | Prénom : |

Autres (précisez le lien avec l'enfant malade, par exemple : oncle, tante, grands-parents, etc.) :

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

Renseignements concernant l'enfant malade :

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 congrès.

Utilise-il un fauteuil roulant ? ☐ oui ☐ non

Suit-il un régime alimentaire particulier ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez : ☐ sans sel ☐ sans sucre ☐ lié à l'INR ☐ autre, précisez :

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

Si oui, précisez :

Qui est concerné ?

SUITE AU DOS...

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

Si oui, précisez :

Autres remarques :
.....

☐ J'ai des difficultés financières et j'ai besoin d'un dossier de demande de bourse pour obtenir une aide éventuelle pour mon transport.

COÛT DE VOTRE PARTICIPATION

Le coût de revient du WEEF s'élève à 182 € par participant. Grâce au soutien de nos partenaires, nous avons pu prendre en charge une grande partie des frais d'hébergement et de restauration. Si vous souhaitez soutenir ce projet, votre don est le bienvenu.

	Adhérent	Non adhérent
Enfants, ados et jeunes jusqu'à 20 ans malades	Gratuit	Gratuit
Enfants – 18 ans non malades	Gratuit	10.00 €
Proches de patient et autres (18 ans et +)	30.00 €	45.00 €

Ces frais de participation comprennent les nuits de vendredi et samedi, les repas (boissons comprises) du vendredi soir au dimanche midi inclus. Ce tarif est valable pour l'ensemble du WEEF, quel que soit le temps de présence.

Sinon, **prix de la journée incluant le repas de midi**, sans hébergement: **15.00 € par adulte,**
Gratuit pour les enfants – 18 ans.

RÉSERVATION DE L'HÉBERGEMENT

Veuillez indiquer le nombre de logements souhaités dans les cases correspondantes.

Pour en savoir plus sur l'équipement des chambres, consultez le document Informations Pratiques

Logements	Chambre 3 lits	Chambre 4 lits	Chambre 6 lits
Nuits			
Nuit de vendredi			
Nuit de samedi			

RÉSERVATION DES REPAS

Veuillez indiquer le nombre de personnes dans les cases correspondantes.

Vendredi 29/09	Samedi 30/09		Dimanche 01/10
Dîner	Déjeuner	Dîner	Déjeuner

MONTANT DÛ

☐ **Forfait WEEF :** Nombre de personnes X 45.00 € =€
 Nombre de personnes X 30.00 € =€
 Nombre de personnes X 10.00 € =€

☐ **Ou, forfait journée :** Nombre de personnes X 15.00 € =€

Montant total =€

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

☐ Règlement par virement bancaire sur le compte de l'association HTaPFrance

IBAN : FR76 1027 8014 2000 0206 5300 146 BIC (Bank Identification Code) : CMCIFR2A

Motif pour le bénéficiaire : **WEEF 2018.**

NOM :

PRÉNOM :

LIEU :

DATE :

SIGNATURE :