

BULLETIN D'INSCRIPTION AU WEEK-END ENFANTS-FAMILLES

Du 29 septembre au 1^{er} octobre 2023, à la Ferme de Courcimont à NOUAN LE FUZELIER (41)

Complétez ce bulletin et retournez-le accompagné de votre règlement

au plus tard le 18 Août 2023

soit par courrier postal à HTaP France

**17 B, Avenue de Concoeur
21700 NUITS-SAINT-GEORGES**

soit par email à :

administration@htapfrance.com

Je participerai au WEEF du 29 septembre au 1^{er} Octobre 2023 en tant que :

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

Membre d'HTaP France 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 :

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 :

COÛT DE VOTRE PARTICIPATION

Grâce au soutien de nos partenaires, en particulier le Crédit Agricole Assurances, nous pouvons prendre en charge une grande partie des frais d'hébergement et de restauration du WEEF.

	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	Gratuit	20.00 €	Gratuit	15.00 €	60.00 €
JOURNÉE SEULE (2)	Gratuit	Gratuit	10.00 €	Gratuit	10.00 €	20.00 €

(1) Le forfait Week-end comprend 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.

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

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/formulaire-d-adhesion>.

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 29/09	Samedi 30/09			Dimanche 01/10	
	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 HTaP France (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 WEEF	Enfant malade jusqu'à 20 ans		Gratuit	
	Enfant non malade (- 18 ans) Adhérent*		Gratuit	
	Adulte (18 ans et +) Adhérent*		20,00 €	
	Enfant non malade (- 18 ans) Non Adhérent		15,00 €	
	Adulte (18 ans et +) Non-Adhérent		60,00 €	
Forfait journée	Enfant malade jusqu'à 20 ans		Gratuit	
	Enfant non malade (- 18 ans) Adhérent*		Gratuit	
	Adulte (18 ans et +) Adhérent*		10,00 €	
	Enfant non malade (- 18 ans) Non Adhérent		10,00 €	
	Adulte (18 ans et +) Non Adhérent		20,00 €	
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 HTaP France

Règlement via la billetterie en ligne sur HelloAsso

<https://www.helloasso.com/associations/htapfrance/evenements/weef-2023>

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



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 WEEF.

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 :