Association HTAPFrance
8 allée des Charmes - 21380 Asnières les Dijon
Tel. 33 (0)3 80 70 00 91 - administration@htapfrance.com
www.htapfrance.com

# BULLETIN D'INSCRIPTION au « WEEF 2011 »
## Week-End Enfants Familles dans le Jura
## Samedi 07 et Dimanche 08 mai 2011
## Au BOIS DORMANT – Route de Pontarlier
## 39300 CHAMPAGNOLE

Vous trouverez ci-joint le programme de ces deux jours ainsi que le bulletin d'inscription.
Nous vous remercions de prendre en compte **la date limite d'inscription du 18 avril 2011.**



- *Le Bois Dormant… domaine du rêve est situé dans un parc. Les murmures de la forêt bercent les chambres où les oiseaux chantent aux fenêtres.*
- *Le Bois Relaxant ! Piscine couverte et chauffée, parc, jardin, jeux pour enfants.*
- *Le Bois Gourmand… jardin des tentations, le Jura et ses trésors de saveurs.*

*Il était une fois… Le Bois Dormant. Maison blottie au cœur de la forêt qui rayonne de joie de vivre.*

**Le Bois Dormant - Hôtel ** - Route de Pontarlier - 39300 CHAMPAGNOLE**
**Tél : 03 84 52 66 66 - www.bois-dormant.com - GPS 5°55'35" E – 46°44'52" N**

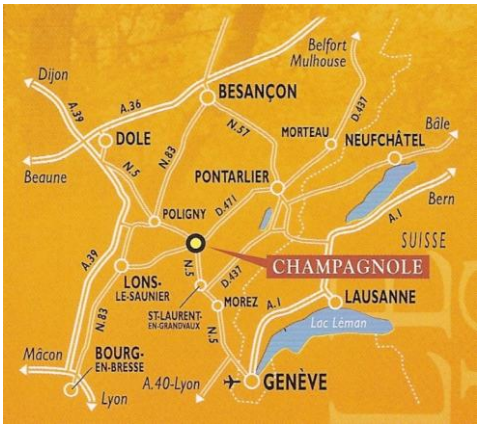
Les frais d'inscription et de participation à la totalité du week-end s'élèvent à :
- 15 € par adulte
- 0 € pour les enfants de 0 à 20 ans.

Accueil du samedi matin au dimanche après-midi, possibilité d'arriver dès le vendredi soir.

**Remplir le bulletin d'inscription**
**Joindre un chèque pour votre règlement (nombre d'adultes x 15 €) à l'ordre de HTAPFrance**
***Le chèque ne sera encaissé qu'après le WEEF***
**Et renvoyer le tout à : Céline HEINTZE - COURTEILLE - 53380 JUVIGNE**

Dans l'attente de vous accueillir lors de ces journées d'information et de partage, nous vous prions d'agréer, nos sincères salutations.

**Céline HEINTZE**
Contact parents – enfants malades
02 43 68 58 13 ou 06 27 96 29 31
chabasseur.celine@wanadoo.fr
**www.htapfrance.com**






# PROGRAMME WEEF 2011

## SAMEDI

| | |
|---|---|
| 9h30 – 10h30 | Accueil des participants<br>Installation dans l'hébergement<br>Présentation des bénévoles, des animateurs |
| 10h30 | Visite des lieux, du parc, des équipements |
| 11h45 | Présentation du programme |
| 12h30 | Repas |
| 13h45 | Sieste, temps libre |
| 14h30 | **Informations médicales sur l'HTAP**<br>**- présentation des différents professionnels de santé**<br>**- en présence des parents, les médecins expliqueront la maladie aux enfants**<br>**- questions des enfants, échanges entre enfants et professionnels.** |
| 15h30 | Pause boissons |

| 16h00 | Pour les adultes | Pour les enfants |
|---|---|---|
| | - Informations médicales<br>- Questions du public | **Goûter**<br>**Ateliers - jeux** |

| | |
|---|---|
| 18h45 | Temps libre. Mise à disposition de documentations |
| 19h45 | Repas |
| 20h30 | **Jeux de société** |
| 22h30 | Bonne nuit… |

## DIMANCHE

8h00 – 9h30 Petit-déjeuner

| 9h30 – 11h45 | Pour les adultes | Pour les enfants |
|---|---|---|
| | A partir des témoignages et questions de chacun,<br>échanges avec les professionnels sur différents thèmes tels que :<br>- Grandir avec une HTAP<br>- Apprendre la maladie de son enfant<br>- Comment expliquer la maladie et ses contraintes à l'enfant<br>- Protéger mais pas trop…<br>- Se projeter dans l'avenir<br>- Arriver à confier son enfant<br>- La fratrie<br>- … | **Echanges et discussions en présence de quelques adultes,**<br>**à l'aide de différents supports :**<br>- **Dessins**<br>- **Pâte à modeler**<br>- **Livret « sparadrap » : J'ai une maladie grave**<br><br>**Ateliers - jeux** |
| | * Compte-rendu, synthèse du groupe enfants | |

| | |
|---|---|
| 12h15 | Repas de clôture de notre week-end |
| | Ceux qui le désirent pourront poursuivre les échanges autour d'un café.<br>Départ pour ceux qui ont une longue route à faire… |

## BULLETIN D'INSCRIPTION à renvoyer au plus tard le 18 avril 2011

Je suis adhérent à l'association ? Oui ☐ Non ☐

**Mes cordonnées complètes :**

Postales

☐ Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphoniques

Fixe : ..... Mobile : .....

Email

..... @ .....

**Tous ceux de ma famille qui viendront :**

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 : .....

Grands-parents :

☐ Nom : ..... Prénom : .....

☐ Nom : ..... Prénom : .....

☐ Nom : ..... Prénom : .....

Autres (exemple oncle, tante, etc.) :

☐ Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec la personne atteinte d'HTAP : .....

☐ Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec la personne atteinte d'HTAP : .....

**Je coche celui (celle ou ceux) qui a (ont) une HTAP**

## Renseignements concernant l'enfant malade

Par quel 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 : .....

Utilise-il un fauteuil roulant ? Oui ☐ Non ☐

A-t-il un régime ? Sans sel ☐ Sans sucre ☐ Lié à l'INR ☐

Y a-t-il des allergies dans la famille ?

Quel type ? .....

Qui est concerné ? .....

Avez- vous besoin d'un équipement adapté (siège dans la douche...) ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous besoin de lit bébé ? Oui ☐ Non ☐ avec barrière ? Oui ☐ Non ☐

Précisions éventuelles : .....