

BULLETIN D'INSCRIPTION AU WEEK-END ENFANTS-FAMILLES

Du 03 au 05 octobre 2025, au Centre International de Séjour Lamourelle à Carcassonne (11)

Complétez ce bulletin et retournez-le accompagné de votre règlement **au plus tard le 17 septembre 2025** 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 03 au 05 octobre en tant que :

- Proche de patient Médecin/Infirmière/Soignant
 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 et donateurs, nous pouvons prendre en charge une grande partie des frais d'hébergement et de restauration du WEEF.

	Adhérent <i>(1 parent adhérent = enfant(s) adhérent(s))</i>			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	30.00 €	Gratuit	20.00 €	75.00 €
JOURNEE SEULE ⁽²⁾	Gratuit	Gratuit	15.00 €	Gratuit	10.00 €	35.00 €

⁽¹⁾ Le forfait Week-end comprend les nuits de jeudi et vendredi, les repas (boissons comprises) du jeudi soir au samedi 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 : 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 03/10	Samedi 04/10			Dimanche 05/10	
	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 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 WEEF	Enfant malade jusqu'à 20 ans		Gratuit	
	Enfant non malade (- 18 ans) Adhérent*		Gratuit	
	Adulte (18 ans et +) Adhérent*		30,00 €	
	Enfant non malade (- 18 ans) Non Adhérent		20,00 €	
	Adulte (18 ans et +) Non-Adhérent		75,00 €	
Forfait journée	Enfant malade jusqu'à 20 ans		Gratuit	
	Enfant non malade (- 18 ans) Adhérent*		Gratuit	
	Adulte (18 ans et +) Adhérent*		15,00 €	
	Enfant non malade (- 18 ans) Non Adhérent		10,00 €	
	Adulte (18 ans et +) Non Adhérent		35,00 €	
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/weef-2025>

ou en flashant le QR-code :



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 :



Photo HTaPFrance WEEF 2023