congrès patients HTaPFrance

Complétez ce bulletin et retournez-le accompagné de votre règlement au plus tard le 13 octobre

soit par e-mail à administration@htapfrance.com

soit par courrier postal à HTaPFrance 17 B Avenue de Concœur 21700 NUITS-SAINT-GEORGES

INSCRIPTION À TITRE NON-PROFESSIONNEL

6e Congrès Patients du 13 au 15 novembre 2026 – Écully (69)

TARIFS

Le coût réel est estimé entre 250 € et 375 € par personne.

Grâce au soutien financier de nos partenaires, nous prenons en charge une partie des frais d'hébergement et de restauration. **Si vous voulez soutenir ce projet, vous pouvez effectuer un don (voir page 4).**

IMPORTANT

L'inscription aux ateliers se fera ultérieurement, vous serez informé de son ouverture.

Si je suis seul à participer, je m'inscris individuellement. Si je viens avec d'autres personnes, j'inscris mon groupe.

Si je suis adhérent, mon adhésion vaut pour mon inscription à titre individuel et non pour mon groupe entier.

Si je suis bénévole sur le congrès, mais que mes accompagnants ne le sont pas, ils doivent s'inscrire dans une autre catégorie.

Si je m'inscris comme bénévole sur le congrès :

- Je dois m'être fait connaître auprès de Roxane et ma proposition doit avoir été approuvée en amont de cette inscription
- Je comprends que je ne pourrai pas profiter aussi pleinement du programme qu'un autre participant,
- Je m'engage à être disponible pour la mission que j'aurai choisie, autrement je serai redevable du tarif normal (adhérent ou non-adhérent selon ma situation).

Pensez à emmener votre gourde ou gobelet réutilisable. Si vous n'en avez pas, des gourdes sont en vente sur place.

Veuillez indiquer le nombre de personnes dans les cases correspondantes :

Catégorie	Tarif par personne	Précisions	Nombre de personnes
Adhérent * malade Ou greffé	80 €	Ces tarifs vous donnent droit à l'intégralité des prestations suivantes : - Participation au congrès du 13 au 15 novembre, - Nuits d'hôtel des vendredi et samedi, - Petits-déjeuners des samedi et dimanche, - Dîner du vendredi - Déjeuner + **dîner festif** du samedi - Déjeuner du dimanche. Si vous choisissez de ne pas profiter de l'ensemble des prestations incluses dans le tarif, celui-ci reste identique. *Pour bénéficier du tarif adhérent ou bénévole, votre cotisation 2026 doit être à jour lors de votre inscription.	.....
Adhérent * autre que malade (Famille, ami, sympathisant)	90 €		.....
Bénévole * actif sur le congrès	60 €		.....
Non-adhérent	115 €		.....
Journée adhérent*	45 €	Ce tarif comprend le **déjeuner** et **la participation au congrès** pour la journée du samedi	.....
Journée non-adhérent	60 €		.....
Demi-Journée adhérent*	25 €	Ce tarif comprend **le déjeuner** et **la participation au congrès** pour la demi-journée choisie : ☐ samedi matin ☐ dimanche matin ☐ samedi après-midi	.....
Demi-Journée non-adhérent*	40 €		.....
Diner festif (Non-professionnels)	25 €	Je viens la journée ou la demi-journée et je souhaite profiter du **diner festif du samedi**	.....
TOTAL €	.....	**TOTAL PERSONNES**	.....

BULLETIN D'INSCRIPTION

6e Congrès Patients du 13 au 15 novembre 2026 – Écully (69)

PARTICIPANTS

Si je suis seul à participer, je m'inscris individuellement. Si je viens avec d'autres personnes, j'inscris mon groupe.

Je suis adhérent HTaPFrance ☐ OUI ☐ NON

Je suis patient HTAP/HTP-TEC ☐ OUI ☐ NON Je suis greffé suite à une HTAP ☐ OUI ☐ NON

C'est ma/notre 1ère participation au Congrès Patients HTaPFrance ☐ OUI ☐ NON

Si c'est votre 1ère participation, voulez-vous être accompagné d'un parrain ou d'une marraine : ☐ OUI ☐ NON

Nom : ..... Prénom : .....

N° et rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

☐ Régime alimentaire particulier autre que sans sel – Précisez : .....

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

Mes accompagnants :

1
- Nom : ..... Prénom : .....
- ☐ Adhérent ☐ Patient HTAP/HTP-TEC ☐ Greffé suite à une HTAP
- ☐ Ami ☐ Famille - Merci de préciser le lien familial : .....
- ☐ Régime alimentaire particulier autre que sans sel – Précisez : .....
- ☐ Je me déplace en fauteuil roulant

2
- Nom : ..... Prénom : .....
- ☐ Adhérent ☐ Patient HTAP/HTP-TEC ☐ Greffé suite à une HTAP
- ☐ Ami ☐ Famille - Merci de préciser le lien familial : .....
- ☐ Régime alimentaire particulier autre que sans sel – Précisez : .....
- ☐ Je me déplace en fauteuil roulant

3
- Nom : ..... Prénom : .....
- ☐ Adhérent ☐ Patient HTAP/HTP-TEC ☐ Greffé suite à une HTAP
- ☐ Ami ☐ Famille - Merci de préciser le lien familial : .....
- ☐ Régime alimentaire particulier autre que sans sel – Précisez : .....
- ☐ Je me déplace en fauteuil roulant

Si vous avez plus de 3 accompagnants, merci de préciser leurs coordonnées à part.

Renseignements sur le patient (à remplir si je suis malade HTAP/HTP-TEC ou s'il y a un malade dans mon groupe)

Nom : ..... Prénom : .....

Année du diagnostic : ..... Traitement : .....

Dans quel hôpital ou Centre de compétence êtes-vous suivi ? .....

Je serai sous oxygénothérapie : ☐ OUI ☐ NON

Type d'appareil : ☐ bouteille portable d'oxygène gazeux ou ☐ extracteur portable. Mon débit est de : .....l/min

Mon prestataire de services est : .....(mention obligatoire) Il est indispensable que vous vous rapprochiez de votre prestataire habituel pour que le relais soit organisé avec lui et pour que vous soyez assuré d'avoir votre matériel sur place.

congrès patients HTaPFrance

Covoiturage

☐ Je propose mon véhicule pour covoiturer à partir de : …… (indiquez le lieu de départ)

Je dispose de …… places dans mon véhicule.

☐ J'ai besoin d'un covoiturage à partir de : …… (indiquez le lieu de départ)

☐ Dans le cas où un groupe de personnes de ma région souhaiterait assister au congrès, j'accepterais de conduire un minibus.

En cochant l'une de ces 3 cases, j'accepte que mes coordonnées soient transmises à mes éventuels compagnons de voyage.

BÉNÉVOLES

Les frais de déplacement des bénévoles ne seront pas remboursés, mais nous vous proposons d'en faire don à l'association HTaPFrance, et, si vous êtes imposable, de bénéficier d'une réduction d'impôt correspondant à 66 % de leur montant, conformément à l'article 200 du Code Général des Impôts. Un formulaire spécifique sera disponible lors du Congrès Patients ou sur demande après le congrès. Difficultés financières : voir * page précédente.

Je coche ci-dessous les missions pour lesquelles je me rends disponible :

- ☐ Accompagnement vers les chambres
- ☐ Accueil pointage (position assise)
- ☐ Accueil déjeuner
- ☐ Aide au transport des bagages
- ☐ Aide gestion traitement par oxygène
- ☐ Distribution de documents, service de l'eau dans les salles
- ☐ Maintenance informatique, audio, matériel
- ☐ Tenue d'un stand de vente (tee-shirts, casquettes et nœuds)
- ☐ Accueil mains libres (position debout)
- ☐ Accueil petit-déjeuner
- ☐ Accueil dîner
- ☐ Aide pour le petit-déjeuner (porter les plateaux)
- ☐ Aménagement du hall et des salles (Décoration, installations, etc)
- ☐ Orientation des participants pendant le congrès
- ☐ Tenue d'une salle sur une ½ journée ou plus (salle de pause, stand documentation, salle de session ou d'atelier…)
- ☐ Je n'ai pas de préférence

RÉSERVATION DES CHAMBRES

Veuillez indiquer le nombre de chambres dans les cases correspondantes :

Chambres / Nuits	Chambre simple	Chambre double	Chambre lits jumeaux	Chambre triple
Nuit de vendredi				
Nuit de samedi				

RÉSERVATION DES REPAS

Veuillez indiquer le nombre de personnes qui prendront leur repas à l'hôtel dans les cases correspondantes :

Vendredi 13/11	Samedi 14/11		Dimanche 15/11
Dîner	Déjeuner	Dîner	Déjeuner

MONTANT DÛ

☐ **Forfait(s) congrès :** Report du Total de la page 1 = ... €
☐ **Je souhaite faire un don :** Montant du don = ... €
Montant total = ... €

☐ Règlement par chèque à l'ordre de **HTaPFrance**
☐ Règlement forfait(s) congrès par carte bancaire via :
https://www.helloasso.com/associations/htapfrance/evenements/congres-patients-2026-non-professionnels
Veillez à bien suivre les instructions indiquées.
☐ Règlement don par carte bancaire via notre site sécurisé :
https://www.helloasso.com/associations/htapfrance/formulaires/1

Nom : ..... Prénom : .....
À : ..... Le : .....
Signature :

Note d'information : Les informations recueillies sont nécessaires à votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Pour en savoir plus sur notre politique de confidentialité, consultez le lien :
http://www.htapfrance.com/vie-de-l-association/qui_sommes_nous.asp?rubrique=4&page=7
Don des particuliers aux associations : Pour les dons aux organismes d'intérêt général comme HTaPFrance, vous bénéficiez d'une réduction d'impôt. Elle est de 66 % du montant des dons versés, dans la limite de 20 % de votre revenu imposable. Un reçu fiscal vous sera délivré.

Avec le soutien institutionnel de :

HTP Care

ircem
FONDATION D'ENTREPRISE

VitalAire

congrès patients HTaPFrance