

BULLETIN D'INSCRIPTION

ADAPTOURS

DESTINATION	DU	AU
Ville de départ		
1er participant		
NOM :	PMR : oui - non	
PRENOM :	PATHOLOGIE :	
Date de naissance :	FAUTEUIL : Manuel - Electrique	
Passeport ou carte d'identité n°	Téléphone :	
Adresse :		
Assurance Annulation + Assistance rapatriement +6% :	oui	non
Si non, merci de nous indiquer le nom de votre assurance :	
2ème participant		
NOM :	PMR : oui - non	
PRENOM :	PATHOLOGIE :	
Date de naissance :	FAUTEUIL : Manuel - Electrique	
Passeport ou carte d'identité n°	Téléphone :	
Adresse :		
Assurance Annulation + Assistance rapatriement +6% :	oui	non
Si non, merci de nous indiquer le nom de votre assurance :	

IMPORTANT : (matériel, sanitaire, médical, ...)
Pour que votre séjour se déroule dans les meilleures conditions, merci de nous indiquer vos besoins spécifiques en fonction de votre handicap s'il y a lieu :

.....

.....

.....

Véhicule adapté indispensable : oui - non

.....

Caractéristiques fauteuil : (dimensions - poids) :

.....

J'accepte les conditions générales et particulières : oui - non

Date :

Signature :