

ADAPTOURS

BULLETIN D'INSCRIPTION 1

AGENCE :

VENDEUR :

VOS REFERENCES :

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

Adresse e-mail : Téléphone :

JOINDRE PHOTOCOPIE

Adresse postale :

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

Adresse e-mail : Téléphone :

JOINDRE PHOTOCOPIE

Adresse :

Assurance Annulation + Assistance rapatriement +6% :

oui

non

Si non, merci de nous indiquer le nom de votre assurance :

J'accepte les conditions générales et particulières (à consulter sur www.adaptours.fr) : oui - non

Bon pour acceptation du devis - Bon de commande ci joint n°

Bon de commande à joindre signé + acompte pour acceptation

Date :

Signature :

ADAPTOURS Voyages - Email : info@adaptours.fr - Web : www.adaptours.fr Tel : 0951 056 951

SARL au capital de 8000 € - Adhérent APS - 32 rue de la Gravette - 33620 CUBNEZAIS - France

SIRET : 495 016 354 00013 - NAF : 633Z - RCS Grenoble - TVA intracommunautaire : FR 264 950 163 57 - IM 038120028

ADAPTOURS

BULLETIN D'INSCRIPTION 2

(à remplir impérativement et à joindre à la première partie)

INFO & BESOINS SPECIFIQUES POUR LA OU LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

FAUTEUIL ROULANT :

MANUEL

ELECTRIQUE

Poids :

Batterie

Lithium

OUI - NON

Hauteur :

Sèche

OUI - NON

Longueur :

Gel

OUI - NON

Largeur :

Liquide

OUI - NON

VEHICULE ADAPTE (avec rampe ou lift) POUR TRANSFERTS ET EXCURSIONS

OUI - NON

(Concernant le matériel médical, nous ne pouvons garantir une marque ou un modèle précis)

FAUTEUIL DE DOUCHE :

OUI - NON

LIT MEDICALISE :

OUI - NON

MATELAS ANTI ESCARRE :

OUI - NON

LEVE PERSONNE :

OUI - NON

AUXILIAIRE DE VIE OU SOINS INFIRMIERS :

OUI - NON

SI OUI PRECISEZ LES HORAIRES SOUHAITES :

DE..... A.....

TYPES DE SOINS (descriptif - détail des soins) :

.....

AUTRES BESOINS SPECIFIQUES : (merci de préciser)

-

-

-

Date :

Signature :

ADAPTOURS Voyages - Email : info@adaptours.fr - Web : www.adaptours.fr Tel : 0951 056 951

SARL au capital de 8000 € - Adhérent APS - 32 rue de la Gravette - 33620 CUBNEZAIS - France

SIRET : 495 016 354 00013 - NAF : 633Z - RCS Grenoble - TVA intracommunautaire : FR 264 950 163 57 - IM 038120028