ADAPTOURS

BULLETIN D'INSCRIPTION 1

AGENCE : **VENDEUR :**

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 : JOINDRE PHOTOCOPIE Téléphone fixe : ……..…..…....

Adresse : ……..……...……..…….....

Email : …..... Téléphone port : ……..…..…....

2ème participant

NOM : …….…….. PMR : oui - non

PRENOM : …….…….. PATHOLOGIE : .....

Date de naissance : …….…….. FAUTEUIL : Manuel - Electrique

Passeport ou carte d'identité : JOINDRE PHOTOCOPIE Téléphone : ……..…..…....

Adresse : ……..……...……..…….....

Email : …..... Téléphone port : ……..…..…....

ASSURANCES Annulation + Assistance rapatriement +6% : oui non

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 + Cachet agence :

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 : .....

Hauteur : .....

Longueur : .....

Largeur : .....

Batterie Lithium OUI - NON

Sèche OUI - NON

Gel OUI - NON

Liquide OUI - NON

Marque & modèle fauteuil : .....

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

VERTICALISATEUR : ..... OUI - NON

AUXILIAIRE DE VIE OU SOINS INFIRMIERS : ..... OUI - NON

SI OUI PRECISEZ LES HORAIRES SOUHAITES : DE..... A.....

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

TYPES DE SOINS (descriptif – détail des soins) : .....

.....

AUTRES BESOINS SPECIFIQUES : (merci de préciser)

-
-
-
-
-

Date : Signature + Cachet agence :

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