

DESTINATION DU AU

Ville de départ

Nombre de participants :

| | |
|--|--------------------------------|
| 1er participant | |
| NOM : | PMR : oui - non |
| PRENOM : | PATHOLOGIE : |
| Date de naissance : | FAUTEUIL : Manuel – Électrique |
| Adresse e-mail : | Téléphone : |
| Passeport ou carte d'identité : JOINDRE PHOTOCOPIE | |
| Adresse postale : | |
| | |
| 2ème participant | |
| NOM : | PMR : oui - non |
| PRENOM : | PATHOLOGIE : |
| Date de naissance : | FAUTEUIL : Manuel – Électrique |
| Adresse e-mail : | Téléphone : |
| Passeport ou carte d'identité : JOINDRE PHOTOCOPIE | |
| Adresse postale : | |
| | |

Assurance Annulation + Assistance rapatriement +4% : OUI - NON

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

J'accepte les conditions générales et particulières : OUI - NON

(à consulter sur www.adaptours.fr)

Bon pour acceptation du devis ci joint n°

Devis à joindre signé + acompte pour acceptation

Date :

Signature :

BULLETIN D'INSCRIPTION 2

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

INFO & BESOINS SPECIFIQUES POUR LA/LES PERSONNE(S) EN SITUATION DE HANDICAP

Votre taille en cm : Votre poids : Pathologie :

| FAUTEUIL ROULANT : | MANUEL | ELECTRIQUE |
|--|------------------|------------------------------------|
| (dimensions « minimales », dossier et accoudoirs pliés si possible et appui-tête, repose-pied joystick démontés) | Marque : | Batterie Lithium OUI - NON |
| | Modèle : | Sèche OUI - NON |
| | Hauteur : | Gel OUI - NON |
| | Longueur : | Liquide OUI - NON |
| | Largeur : | Puissance de la batterie :Wh |
| | Poids : | |

VEHICULE ADAPTÉ (avec rampe ou lift) POUR TRANSFERTS ET EXCURSIONS.....OUI - NON

MATÉRIEL (NB : nous ne pouvons garantir une marque ou un modèle précis)

FAUTEUIL DE DOUCHE : fixé au mur.....OUI - NON
fixe (sans roues).....OUI - NON
à roues.....OUI - NON

LIT MÉDICALISÉ :OUI - NON
- avec barrières.....OUI - NON
- avec potence.....OUI - NON

MATELAS ANTI-ESCARRES : à airOUI - NON
à mémoire de forme.....OUI - NON

LÈVE PERSONNE :OUI - NON

VERTICALISATEUR :OUI - NON

AUXILIAIRE DE VIE OU SOINS INFIRMIERS : OUI - NON

Si oui, précisez les horaires souhaités : de..... à

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 : 09 62 56 43 11

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