

DESTINATION ..... DU ..... AU .....

Ville de départ .....

Nombre de participants : .....

<b>1er participant</b>	
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 : .....	
.....	
<b>2ème participant</b>	
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 +6% : ..... 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](http://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 air .....OUI - 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](mailto:info@adaptours.fr) - Web : [www.adaptours.fr](http://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