



## BULLETIN D'INSCRIPTION

### Merveilles d'Andalousie

Du 8 au 25 mai 2022 (groupe 1)

Du 15 mai au 1er juin (groupe 2)

#### DÉTAILS DU PARTICIPANT

M.     Mme

Nom (tel qu'il apparaît sur votre passeport) : \_\_\_\_\_

Prénom (tel qu'il apparaît sur votre passeport) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

# de passeport : \_\_\_\_\_ Lieu de délivrance du passeport : \_\_\_\_\_

Date de délivrance du passeport : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date d'expiration du passeport : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profession (facultatif) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (privé) : \_\_\_\_\_ Numéro de cellulaire : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Diète spécifique (restriction ou intolérance) : \_\_\_\_\_

#### **Répartition des chambres :**

##### Personnes voyageant seules :

- J'accepte l'hébergement proposé (chambre occupation double)
- Je souhaite être seul(e) dans ma chambre (supplément de 705\$)

##### Personnes voyageant à deux :

Nom de l'autre participant(e) : \_\_\_\_\_

- Nous souhaitons partager une chambre avec deux lits séparés
- Nous souhaitons partager une chambre avec un lit double

#### **Transport aérien :**

- Je souhaite avoir une proposition de vols à la carte
- Je vais réserver mes vols de mon côté



## POUR PARTICIPER

- Coût du voyage (**portion terrestre, excluant le vol international**) : **3950,00\$** par personne
- Dépôt (35% à l'inscription) : **1385,00\$** par personne.

## COÛT & VERSEMENTS

Le tarif de **3950,00\$** par participant est établi sur la base de 14 à 16 participants. Advenant la constitution d'un groupe de 11 à 13 personnes, le tarif sera de 4270,00\$ (hors vol). Le montant du dépôt sera ainsi réévalué. Si d'autres participants se joignent au groupe par la suite, le montant du paiement final sera ajusté en conséquence.

## ÉCHÉANCIER DE VERSEMENTS

Versements	Montant par voyageur	Dates
1 <sup>er</sup>	<b>1385,00\$ (dépôt équivalent 35%)</b>	<b>01/10/2021</b>
2 <sup>e</sup>	<b>2565,00\$ (paiement final 65%)</b>	<b>08/03/2022</b>

## IMPORTANT

Toute inscription n'est considérée définitive que sur réception du bulletin d'inscription prévu ci-dessous dûment complété et signé, et est conditionnelle à :

- L'encaissement par Terres d'Aventure d'un dépôt voyage non-remboursable de **1385,00** par personne.
- La réception de votre preuve d'assurance et le document « DEMANDE D'INFORMATION SUR VOTRE ASSURANCE ».
- La réception d'un scan couleur de votre passeport (doit être valide pour plus de 6 mois après la date de retour) dès votre inscription.
- Une fois complété et signé, le bulletin d'inscription est à remettre à l'organisateur du séjour avant le 15.09

André G iasson - belles.randonnees@gmail.com (copie Agathe Pigeaud - apigeaud@terdav.ca)



## ASSURANCES

- Oui, je désire recevoir une soumission d'assurances voyage, proposée par Terres d'Aventure.
- Assurance annulation-interruption de voyage avec la surprime *Peu Importe la Raison*
  - Soins hospitaliers et médicaux à destination
  - Soins hospitaliers et médicaux à destination couvrant la COVID-19 à destination
  - Régime multirisques (annulation-interruption et frais médicaux)
- Non, je vais remplir le formulaire obligatoire **Demande d'Information sur Votre Assurance** et vous le faire parvenir dûment complété et signé.

### Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

No. de tél. : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

### Notes, commentaires et demandes spéciales :

---

---

\*\*\*\*\*

## DÉCLARATION

En signant ce bulletin, je confirme vouloir participer à ce voyage et je reconnais avoir lu, compris et accepté les conditions de participation (voir document «Conditions particulières de ventes Terres d'Aventure Canada»).

**Signature du voyageur-participant :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## MODE DE PAIEMENT

*Terres d'Aventure Canada privilégie désormais le paiement par virement Interac. Un paiement par carte peut toutefois être accepté de manière exceptionnelle pour votre voyage, si nécessaire.*

J'aimerais payer par :

- Virement Interac       Chèque (à l'ordre de *Terres d'Aventure Canada*)       Carte de crédit

*En fonction du moyen de paiement choisi, un courriel explicatif vous sera adressé pour effectuer votre paiement.*



## Formulaire de Reconnaissance et d'Acceptation des Risques

### 1) ÉTAT DE SANTÉ

Sexe : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Allergies :  OUI  NON Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Prise de médicaments :  OUI  NON Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Avez-vous des problèmes de santé physiques, émotionnels ou comportementaux qui vous limiteraient directement ou indirectement dans la pratique des activités prévues lors de ce voyage (problème de vision, auditif, pulmonaire, respiratoire, nerveux, glandulaire, digestif, osseux, musculaire, dermatologique, hémophilie, phobies, apnée du sommeil, etc.)?

OUI  NON Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

### 2) CONFIRMATION DES RENSEIGNEMENTS ET ACCEPTATION DES RISQUES

J'atteste que les renseignements consignés dans le présent formulaire sont exacts, et cela, au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir délibérément omis de renseignements sur mon état de santé, pertinents ou non. Je suis conscient(e) que l'information contenue dans le présent formulaire est confidentielle et vise à mieux planifier et encadrer la sécurité des activités auxquelles je participerai dans le cadre de mon voyage. Je suis conscient(e) que les activités offertes par Terres d'Aventure se déroulent dans des milieux naturels ou semi-naturels et possiblement accidentés qui, conséquemment, sont plus éloignés des services médicaux. Cet état de fait pourrait entraîner de longs délais lors d'une urgence nécessitant une évacuation, et par conséquent, une possible aggravation de mon état ou de ma blessure. Ayant pris connaissance de ces risques et ayant eu l'occasion d'en discuter avec une personne responsable de l'activité, je reconnais avoir été informé(e) sur les risques inhérents et je suis en mesure d'entreprendre le voyage EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES que peut comporter la participation à ce voyage. Je m'engage aussi à jouer un rôle actif dans la gestion de ces risques en adoptant une attitude préventive à mon égard ainsi qu'à l'égard des autres personnes m'entourant. Le guide se réserve le droit d'exclure toute personne qu'il juge représenter un risque pour elle (lui) ou pour le reste du groupe. Je comprends qu'il m'est possible de quitter le présent voyage pour un motif ou un autre.

### 3) DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ MATÉRIELLE

Je, soussigné, renonce par la présente à toute réclamation, ainsi qu'à toute poursuite en dommage et intérêts pour tous dommages aux biens et matériel m'appartenant (usure normale, perte, bris, vol, vandalisme, etc.).

### 4) AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

Je, soussigné, autorise Terres d'Aventure à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. J'autorise également Terres d'Aventure à prendre la décision dans le cas d'un accident de me transporter (par ambulance, hélicoptère, garde côtière ou autrement) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, et ce, s'il y a lieu, à mes propres frais.

Nom et prénom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## DEMANDE D'INFORMATION SUR VOTRE ASSURANCE

Madame / Monsieur,

Vous avez choisi de ne pas souscrire à l'assurance voyage proposée par Terres d'Aventure. Afin de pouvoir vous aider en cas de nécessité pour l'ouverture d'un dossier en assistance pendant votre voyage, nous vous remercions de remplir le document ci-dessous.

*Merci de rappeler les informations concernant votre voyage :*

NOM et PRÉNOM : \_\_\_\_\_

PAYS VISITÉ : \_\_\_\_\_

Dates : du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contact d'Urgence (Nom, prénom, téléphone, courriel) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ et lien de parenté \_\_\_\_\_

### VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE

# de contrat 24h : \_\_\_\_\_

Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Téléphone (jour et nuit) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

De par la nature même de nos voyages, les centres de secours peuvent être éloignés. Cela entraîne, en cas de rapatriement, des frais importants. En cas d'évacuation pour abandon ou pour une raison médicale, le voyageur devra assumer et payer à destination la totalité des frais supplémentaires. Si la raison de l'évacuation est couverte par son assureur, le voyageur pourra faire une demande de remboursement auprès de son assureur une fois les frais déboursés. En aucun cas, Terres d'Aventure Canada ou le prestataire local ne pourra avancer la somme.

**Nous ne pouvons néanmoins que vous recommander vivement de vous en assurer.**

Nous vous conseillons par ailleurs de vous munir, lors de votre voyage, de votre contrat d'assistance (**# de contrat et # de téléphone**) pendant le voyage.

Signature : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_