

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

VOYAGES VÉLO FADOQ

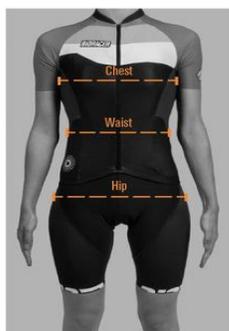
Merci d'indiquer l'Agence avec laquelle vous faites affaire et de lui faire parvenir ce formulaire par la poste, courriel ou fax aux coordonnées suivantes :



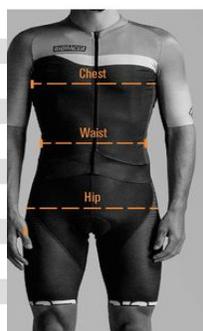
VOTRE AGENCE DE VOYAGES	 217-4035 rue Saint-Ambroise, Mtl (QC) Tel : 514-395-4395 / Fax: 514-316-9339 info@ekilib.com	 496, Rue Sacré Cœur O., Alma (QC) Tel : 418-668-3078 suzanne@voyagesmichelbarrette.com
--	---	---

S'il vous plaît, veuillez inscrire votre nom, tel qu'il apparaît sur votre passeport.

PASSAGER 1	Nom de Famille: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	
	Adresse: <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>	
	Province: <input type="text"/>	Code postal: <input type="text"/>	
	Tel. domicile/bureau: <input type="text"/>	Tel. Cell.: <input type="text"/>	
	Êtes-vous membre de la FADOQ ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	No de membre: <input type="text"/>	
	Courriel: <input type="text"/>	Votre taille (mètre): <input type="text"/>	
	Date de naissance (JJ/MM/AA): <input type="text"/>	Nationalité: <input type="text"/>	
	N° de passeport: <input type="text"/>	Date d'expiration du passeport: <input type="text"/>	
	Une copie de votre passeport est exigée au moment de l'inscription (pour voyager à l'étranger seulement)		<input type="checkbox"/> Vélo Hybride <input type="checkbox"/> Vélo électrique <input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Maillot ou <input type="checkbox"/> Chaussette et Bandana (BUFF) (inclus avec réservation avant le 28 fév.) <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL		Maillot : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
PASSAGER 2	Nom de Famille: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	
	Adresse: <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>	
	Province: <input type="text"/>	Code postal: <input type="text"/>	
	Tel. domicile/bureau: <input type="text"/>	Tel. Cell.: <input type="text"/>	
	Êtes-vous membre de la FADOQ ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	No de membre: <input type="text"/>	
	Courriel: <input type="text"/>	Votre taille (mètre): <input type="text"/>	
	Date de naissance (JJ/MM/AA): <input type="text"/>	Nationalité: <input type="text"/>	
	N° de passeport: <input type="text"/>	Date d'expiration du passeport: <input type="text"/>	
	Une copie de votre passeport est exigée au moment de l'inscription (pour voyager à l'étranger seulement)		<input type="checkbox"/> Vélo Hybride <input type="checkbox"/> Vélo électrique <input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Maillot ou <input type="checkbox"/> Chaussette et Bandana (BUFF) (inclus avec réservation avant le 28 fév.) <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL		Maillot : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F


FEMME

	Chest (cm)	Waist (cm)	Hip (cm)
0/XXS	75-80	62-67	83-88
1/XS	80-85	67-72	88-93
2/S	85-90	72-77	93-98
3/M	90-95	77-82	98-103
4/L	95-100	82-87	103-108
5/XL	100-105	87-92	108-113
6/XXL	105-111	92-98	113-119
7	111-117	98-104	119-125
8/SL	117-123	104-110	125-131
9	123-129	110-116	131-137


HOMME

	Chest (cm)	Waist (cm)	Hip (cm)
0/XXS	80-85	68-73	80-85
1/XS	85-90	73-78	85-90
2/S	90-95	78-83	90-95
3/M	95-100	83-88	95-100
4/L	100-105	88-93	100-105
5/XL	105-110	93-99	105-110
6/XXL	110-116	99-105	110-116
7	116-122	105-111	116-122
8/SL	122-128	111-117	122-128
9	128-134	117-123	128-134

INFO VOYAGE	Nom du voyage: _____
	Dates du voyage : _____
	Type de chambre; Occupation : <input type="checkbox"/> Simple (1 lit) (+supplément) <input type="checkbox"/> Double (1 lit) <input type="checkbox"/> Double (2 lits, jumelage)

ASSURANCES VOYAGES	PASSAGER 1: _____
	Je désire être contacté afin d'avoir une soumission d'assurance voyage: _____
	Je possède déjà une assurance voyage avec cette compagnie: _____
	N° de Police d'assurances : _____
	PASSAGER 2: _____
	Je désire être contacté afin d'avoir une soumission d'assurance voyage: _____
Je possède déjà une assurance voyage avec cette compagnie : _____	
N° de Police d'assurances : _____	

	PASSAGER 1	PASSAGER 2
MODALITÉS DE PAIEMENT	<p>Veuillez communiquer avec votre spécialiste voyage pour acquitter le montant du dépôt</p> <p>Payable par carte de crédit ou par chèque</p>	<p>Veuillez communiquer avec votre spécialiste voyage pour acquitter le montant du dépôt</p> <p>Payable par carte de crédit ou par chèque</p>

EN SIGNANT CE FORMULAIRE, JE RECONNAIS AVOIR LU,
 COMPRIS ET ACCEPTÉ LES CONDITIONS GÉNÉRALES CI-DESSOUS : ekilib.com

PASSAGER 1	PASSAGER 2
DATE: ____ / ____ / ____	DATE: ____ / ____ / ____
SIGNATURE: _____	SIGNATURE: _____

FICHE D'ÉTAT DE SANTÉ & ACCEPTATION DES RISQUES

PASSAGER 1

1) IDENTIFICATION

Nom du voyage :	Dates de départ:
Nom du client :	Prénom :

2) ASSURANCE & ASSISTANCE

Assurance en cas d'accident : RAMQ (pour les résidents du Québec)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Nom de la compagnie d'assurance :		
No. de contrat ou de police d'assurance :		
No. de téléphone de l'assurance en cas d'urgence :		
Autre assurance :	Téléphone:	

3) COORDONNÉES DE DEUX PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

1-Nom et prénom :	Lien de parenté :	
Tél. de résidence :	Tél. Bureau :	Tél cell :
2-Nom et prénom :	Lien de parenté :	
Tél. de résidence :	Tél. Bureau :	Tél cell :

4) ÉTAT DE SANTÉ

Sexe :	Date de naissance :
Allergie? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, précisez :
Prise de médicaments? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, précisez le nom du (des) médicament(s) et la posologie :

Avez-vous des problèmes de santé physique, émotionnels ou comportementaux qui vous limiteraient dans la pratique de l'activité à laquelle vous allez participer? Spécifiez (ex. Problèmes respiratoires, cardiaques, diabète, de vision, de surdité, peur de l'eau / des hauteurs / des chiens, etc.)

5) EXPÉRIENCE PAR RAPPORT À L'ACTIVITÉ

Combien de KM avez-vous parcouru à VÉLO, par année, au cours des 3 dernières années?		
Comment qualifieriez-vous votre expérience dans la pratique de cette activité?		
<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> Intermédiaire	<input type="checkbox"/> expérimenté

FICHE D'ÉTAT DE SANTÉ & ACCEPTATION DES RISQUES

PASSAGER 2

1) IDENTIFICATION

Nom du voyage :	Dates de départ:
Nom du client :	Prénom :

2) ASSURANCE & ASSISTANCE

Assurance en cas d'accident : RAMQ (pour les résidents du Québec)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Nom de la compagnie d'assurance :		
No. de contrat ou de police d'assurance :		
No. de téléphone de l'assurance en cas d'urgence :		
Autre assurance :	Téléphone:	

3) COORDONNÉES DE DEUX PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

1-Nom et prénom :	Lien de parenté :	
Tél. de résidence :	Tél. Bureau :	Tél cell :
2-Nom et prénom :	Lien de parenté :	
Tél. de résidence :	Tél. Bureau :	Tél cell :

4) ÉTAT DE SANTÉ

Sexe :	Date de naissance :
Allergie? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, précisez :
Prise de médicaments? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, précisez le nom du (des) médicament(s) et la posologie :

Avez-vous des problèmes de santé physique, émotionnels ou comportementaux qui vous limiteraient dans la pratique de l'activité à laquelle vous allez participer? Spécifiez (ex. Problèmes respiratoires, cardiaques, diabète, de vision, de surdité, peur de l'eau / des hauteurs / des chiens, etc.)

5) EXPÉRIENCE PAR RAPPORT À L'ACTIVITÉ

Combien de KM avez-vous parcouru à VÉLO, par année, au cours des 3 dernières années?		
Comment qualifieriez-vous votre expérience dans la pratique de cette activité?		
<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> Intermédiaire	<input type="checkbox"/> expérimenté

6) RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ

Les risques de l'activité à laquelle je vais participer sont, de façon plus particulière, mais non-limitative : accidents de route, blessures dues à des chutes, ou autres mouvements (entorse, foulure, fracture, etc.); froid ou hypothermie; blessures résultant de contact entre les individus; allergie alimentaire; brûlures ou troubles dus à la chaleur.

▶ APOSER VOS INITIALES :

Passager 1

Passager 2

7) CONFIRMATION DES RENSEIGNEMENTS ET ACCEPTATION DES RISQUES

J'atteste que les renseignements consignés dans la présente fiche sont exacts, et cela au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir délibérément omis des renseignements sur mon état de santé pertinents ou non. Je suis conscient(e) que l'information contenue dans la présente fiche est confidentielle et vise à mieux planifier et encadrer la sécurité des activités auxquelles je participerai. Je suis conscient(e) que les activités offertes par Sur la route et/ou Ekilib se déroulent sur différentes types de routes, de chaussées et avec des conditions routières qui peuvent varier d'une région à l'autre. 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 sur les risques inhérents aux activités et je suis en mesure d'entreprendre l'activité ou le séjour en **TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES** que peut comporter ce séjour ou cette activité. 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 la présente activité pour un motif ou pour un autre.

▶ APOSER VOS INITIALES :

Passager 1

Passager 2

8) DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ MATÉRIELLE

Je soussigné reconnait les risques de perte, bris, vol, vandalisme qui pourraient être causés au vélo et à mes bagages en cours de voyage et dégage expressément EKILIB de quelque responsabilité civile que ce soit à cet égard. En conséquence de quoi, Je renonce par la présente à toute réclamation, ainsi qu'à toute poursuite en dommage et intérêts pour tous dommages à mon vélo et aux biens et matériel m'appartenant. (Usure normale, perte, bris lors de la manipulation du vélo, vol, vandalisme, accident routier lors du transport).

▶ APOSER VOS INITIALES :

Passager 1

Passager 2

9) AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

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

▶ APOSER VOS INITIALES :

Passager 1

Passager 2

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU VOYAGE? :

Voyageurs Ekilib Voyageurs Michel Barette Internet Membre FADOQ Amis Autres

**J'ATTESTE QUE LES INFORMATIONS CONSIGNÉES DANS LE PRÉSENT QUESTIONNAIRE SONT EXACTES,
ET CELA AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE.
DE PLUS, JE CERTIFIE NE PAS AVOIR DÉLIBÉRÉMENT OMIS DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERTINENTS OU NON.**

NOM PASSAGER 1 (lettres moulées/caractère d'imprimerie)

SIGNATURE

DATE

PARENTS OU RESPONSABLE (si participant mineur)

AUTORISÉ ET VÉRIFIÉ PAR LE GUIDE (responsable)

NOM PASSAGER 2 (lettres moulées/caractère d'imprimerie)

SIGNATURE

DATE

PARENTS OU RESPONSABLE (si participant mineur)

AUTORISÉ ET VÉRIFIÉ PAR LE GUIDE (responsable)