

# BULLETIN D'INSCRIPTION 1

# ADAPTOURS

AGENCE : .....

Vendeur : .....

<b>DESTINATION</b> .....	<b>DU</b> .....	<b>AU</b> .....
<b>Ville de départ</b> .....		
<small>1er participant</small>		
<b>NOM</b> : .....	<b>PMR</b> : oui - non	
<b>PRENOM</b> : .....	<b>FAUTEUIL</b> : Manuel - Electrique	
<b>Date de naissance</b> : .....		
<b>Passeport ou carte d'identité n°</b> .....	<b>Téléphone</b> : .....	
<b>Assurance Annulation + Assistance rapatriement +6% :</b> Européenne d'assurance - MAPFRE	oui	non
<b>Si non, merci de nous indiquer le nom de votre assurance :</b>	.....	
<small>2ème participant</small>		
<b>NOM</b> : .....	<b>PMR</b> : oui - non	
<b>PRENOM</b> : .....	<b>FAUTEUIL</b> : Manuel - Electrique	
<b>Date de naissance</b> : .....		
<b>Passeport ou carte d'identité n°</b> .....	<b>Téléphone</b> : .....	
<b>Assurance Annulation + Assistance rapatriement +6% :</b> Européenne d'assurance - MAPFRE	oui	non
<b>Si non, merci de nous indiquer le nom de votre assurance :</b>	.....	

J'accepte les conditions générales et particulières (à consulter sur [www.adaptours.fr](http://www.adaptours.fr)) : oui - non

Date :

Signature :

Joindre le devis à la fiche d'inscription avec la mention "bon pour accord", daté et signé.

ADAPTOURS Voyages

SARL au capital de 8000 € - Adhérent APS - 2 rue de Vitrezay 17150 St Bonnet sur Gironde - France

SIRET : 495 016 354 00013 - NAF : 633Z - RCS Grenoble - TVA intracommunautaire : FR 264 950 163 57 - IM 038120028

# BULLETIN D'INSCRIPTION 2

# ADAPTOURS

(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		
		Batterie	Sèche	OUI - NON
Poids : .....			Gel	OUI - NON
Hauteur : .....			Liquide	OUI - NON
Longueur : .....				
Largeur : .....				

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

FAUTEUIL DE DOUCHE : ..... OUI - NON

LIT MEDICALISE : ..... OUI - NON

MATELAS ANTI ESCARRE : ..... OUI - NON

LEVE PERSONNE : ..... OUI - NON

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

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

AUTRES BESOINS SPECIFIQUES : (merci de préciser)

-  
-  
-  
-

Date :

Signature :

ADAPTOURS Voyages

SARL au capital de 8000 € - Adhérent APS – 2 rue de Vitrezay 17150 St Bonnet sur Gironde – France

SIRET : 495 016 354 00013 - NAF : 633Z - RCS Grenoble – TVA intracommunautaire : FR 264 950 163 57 - IM 038120028