



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2023

## Forfait Évasion plein air

Du mardi 7 au jeudi 9 février 2023

Hôtel Lac Carling

2255, route 327 Nord à Grenville-sur-la-Rouge



**IMPORTANT : « ENREGISTRER » LE DOCUMENT AVANT DE LE TRANSMETTRE PAR VOIE ÉLECTRONIQUE**

- Coût du forfait :
  - **535 \$/pers.** Taxes et service inclus, en occupation double
  - **660 \$/pers.** Taxes et service inclus, en occupation simple

Important : Équipement non compris (sauf quelques paires de patins) : vous devez apporter votre équipement de ski de fond, vos raquettes, vos crampons ou vos patins.

- TOUS LES PARTICIPANTS DEVRONT RESPECTER LES CONSIGNES DE LA SANTÉ PUBLIQUE QUI SERONT EN VIGUEUR.
- Pour se procurer une carte FADOQ, il faut être âgé d'au moins 49 ans et 10 mois.
  - Carte promo de 10 mois à 15\$ disponible une fois à vie (par téléphone seulement).
  - Carte de membre régulière à 30 \$ par année ou 50 \$ pour 2 ans disponible en ligne ou par téléphone
  - Carte de membre à 20 \$ par année pour les résidents de l'extérieur du Québec (par téléphone seulement).
  - Obtenez votre carte au 819 429-5858 poste 0 ou <https://www.fadoq.ca/laurentides/adherez-maintenant>

### FICHE D'INSCRIPTION

Occupation double     Occupation simple

1<sup>er</sup> participant : N° membre FADOQ: \_\_\_\_\_ Téléphone (cell. de préférence) : \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Municipalité : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Allergies alimentaires    Non    Oui    si oui, complétez :

Allergies alimentaires : \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> participant : N° membre FADOQ: \_\_\_\_\_ Téléphone (cell. de préférence) : \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Municipalité : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Allergies alimentaires    Non    Oui    si oui, complétez :

Allergies alimentaires : \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Ferez-vous de la raquette (ou crampons si les conditions le permettent) ou du ski de fond ?

\_\_\_\_\_

LE FORMULAIRE ET LE PAIEMENT DOIVENT ÊTRE REÇUS AU PLUS TARD LE 5 JANVIER 2023 (nouvelle date).

Chèque libellé : FADOQ-LAURENTIDES  **ou** VISA  **ou** MASTER CARD

Nom du titulaire: \_\_\_\_\_ no de la carte: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Expiration: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_                      Montant de la transaction: \_\_\_\_\_ \$

                    MM                      AA