

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 :



9227 Rossini, Brossard (QC), J4X 2R8
Tel : 514-395-4395 / Fax: 514-316-9339
info@ekilib.com



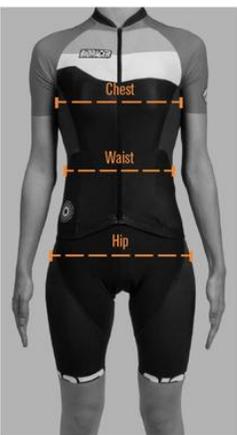
VOYAGES
MICHEL BARRETTE

496, Rue Sacré Cœur O., Alma (QC), G8B 1L9
Tel : 418-668-3078
suzanne@voyagesmichelbarrette.com

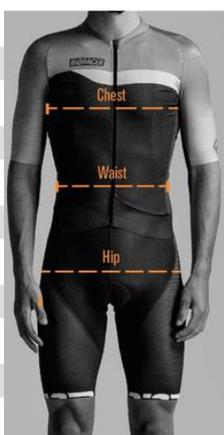
VOTRE
AGENCE
DE
VOYAGES

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

PASSAGER 1	Nom de Famille:	Prénom:
	Adresse:	Ville :
	Province:	Code postal:
	Tel. domicile/bureau:	Tel. Cell.:
	Êtes-vous membre de la FADOQ ? : Oui Non	No de membre:
	Courriel:	Votre taille (mètre):
	Date de naissance (JJ/MM/AA):	* Une copie de votre passeport est exigée au moment de l'inscription (pour voyager à l'étranger seulement)
	N° de passeport:	Date d'expiration du passeport:
	Nationalité:	Vélo hybride Vélo électrique Autre
	Grandeur du maillot cycliste (inclus avec une réservation faite avant le 28 février) : XS S M L XL XXL	Maillot : H F
PASSAGER 2	Nom de Famille:	Prénom:
	Adresse:	Ville :
	Province:	Code postal:
	Tel. domicile/bureau:	Tel. Cell.:
	Êtes-vous membre de la FADOQ ? : Oui Non	No de membre:
	Courriel:	Votre taille (mètre):
	Date de naissance (JJ/MM/AA):	* Une copie de votre passeport est exigée au moment de l'inscription (pour voyager à l'étranger seulement)
	N° de passeport:	Date d'expiration du passeport:
	Nationalité:	Vélo hybride Vélo électrique Autre
	Grandeur du maillot cycliste (inclus avec une réservation faite avant le 28 février) : XS S M L XL XXL	Maillot : H 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 circuit:
	Dates du voyage :
	Type de chambre; Occupation : Simple (1 lit) (+supplément) Double (1 lit) 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 :	

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

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

(Pour connaître les conditions générales, visiter: <https://ekilib.com/conditions-generales/>)

PASSAGER 1	PASSAGER 2
DATE: ____ / ____ / ____ SIGNATURE:	DATE: ____ / ____ / ____ 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 :	précisez Tél :	

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? OUI NON	Si oui, précisez :
Prise de médicaments? OUI 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 :

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 différents 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 :

8) 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).

▶ APOSER VOS INITIALES :

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 :

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU VOYAGE? :

Voyageurs Ekilib	Voyageurs Voyages Michel Barrette	Internet	Amis	Salon (vélo ou voyage)
		Membres FADOQ		Autre:

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 (lettres moulées/caractère d'imprimerie)

DATE

SIGNATURE

PARENTS OU RESPONSABLE (si participant mineur)

AUTORISÉ ET VÉRIFIÉ PAR LE GUIDE (responsable)

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)	oui	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 :	précisez Tél :	

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? OUI NON	Si oui, précisez :
Prise de médicaments? OUI 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?

Débutant	Intermédiaire	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.

► APPOSER VOS INITIALES :

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 différents 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.

► APPOSER VOS INITIALES :

8) 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).

► APPOSER VOS INITIALES :

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.

► APPOSER VOS INITIALES :

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU VOYAGE? :

Voyageurs Ekilib	Voyageurs Voyages Michel Barrette	Internet	Amis	Salon (vélo ou voyage)
		Membres FADOQ		Autre:

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 (lettres moulées/caractère d'imprimerie)

DATE

SIGNATURE

PARENTS OU RESPONSABLE (si participant mineur)

AUTORISÉ ET VÉRIFIÉ PAR LE GUIDE (responsable)