



BULLETIN D'INSCRIPTION

«Panorama de Madère»

DETAILS DU PARTICIPANT

M. Mme

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

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

Date de naissance : _____ Nationalité : _____

No. 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 **635\$**)

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 :

- J'accepte les vols de groupes proposés (tarif à venir pour min de 10 participants)
- 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 vol international): **2870\$** par personne. (Voir itinéraire pour les inclusions et exclusions). * **Tarif valide jusqu'au 31/10/2021***

Dépôt : **1005\$** par personne

VOLS DE GROUPE :

Vols de groupes proposés pour un minimum de 10 participants (tarif à venir)

COÛT & VERSEMENTS

Coûts du voyage : Le tarif de **2870\$** par participant est établi sur la base de 10 participants. Advenant le cas d'une annulation non remplacée sous le nombre de 10 participants, le tarif sera réévalué à la hausse.

Échéancier de versements

Versements	Montant par voyageur	Dates
1 ^{er}	1005\$ (dépôt équivalent 35%)	Lors de l'inscription
2 ^e	1865\$ (paiement final 65%)	28/02/2022

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 **1005\$** 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, à envoyer par courriel à sjacques@terdav.ca



ASSURANCES

- Oui, je désire recevoir une soumission d'assurances voyage Allianz, proposées par Terres d'Aventure.
Assurance annulation-interruption de voyage (couvrant la COVID-19)
Soins hospitaliers et médicaux à destination (couvrant la COVID-19)
Bagages

- 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 : _____

No. de tél. : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Notes, commentaires et demandes spéciales :

DECLARATION

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*

J'aimerais payer par :

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

** Nous favorisons dorénavant le paiement par virement Interac. Si vous devez absolument régler par carte de crédit, nous pourrions toutefois quand même procéder ainsi, pour ce voyage-ci.*



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, adresse, téléphone) : _____

Lien de parenté _____

VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE

Numéro de Contrat 24h : _____

Nom de la compagnie d'assurance _____

Téléphone (jour et nuit) _____ Fax _____

E-mail : _____

RUBRIQUE A REMPLIR DANS SON INTÉGRALITÉ SI VOUS DISEZ D'UNE CARTE BANCAIRE VOUS SERVANT D'ASSURANCE :

Nom de votre banque : _____

Numéro de carte de crédit _____

Date d'expiration ____/____/____

(Ces informations nous sont demandées par les compagnies d'assurances des cartes de crédit pour ouvrir un dossier en assistance. Certaines compagnies d'assurances nous demandent également le cryptogramme pour ouvrir un dossier. Nous laissons à votre libre appréciation le fait de nous le donner ou non).

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 (**N° de contrat et N° de téléphone**) pendant le voyage.

Signature : _____ DATE : ____/____/____