

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Veuillez remplir ce formulaire et le faire parvenir à votre spécialiste voyages par courriel ou courrier:



info@ekilib.com

217-4035 Saint Ambroise,

Montréal (Qc) H4C 2E1

Tel: 514 395-4395

Fax : 514 316-9339

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.:
	Cell. fonctionnel pendant le voyage : ☐ Oui ☐ Non	
	Courriel:	
	Date de naissance (JJ/MM/AA):	Votre taille (mètre):
	N° de passeport:	Date d'expiration du passeport:
	Nationalité:	
	Avez-vous des allergies alimentaires, spécifiez ?:	
	Avez-vous des allergies médicaments, spécifiez ?:	
PASSAGER 2	Nom de Famille:	Prénom:
	Adresse:	Ville :
	Province:	Code postal:
	Tel. domicile/bureau:	Tel. Cell.:
	Cell. fonctionnel pendant le voyage : ☐ Oui ☐ Non	
	Courriel:	
	Date de naissance (JJ/MM/AA):	Votre taille (mètre):
	N° de passeport:	Date d'expiration du passeport:
	Nationalité:	
	Avez-vous des allergies alimentaires, spécifiez ?:	
	Avez-vous des allergies médicaments, spécifiez ?:	

	Nom du circuit :
	Dates du voyage :

Type de voyage : ☐ Liberté ☐ Groupe

INFO VOYAGE	Type de chambre : Occupation : ☐ Simple (1 lit, +supplément) ☐ Double (1 lit) ☐ Double (2 lits, jumelage)		
	LOCATION DE VÉLO :		
	PASSAGER 1 : ☐ Oui	Type de Vélo: ☐ Route ☐ Hybride ☐ E-bike	Taille de votre vélo :
	PASSAGER 2 : ☐ Oui	Type de Vélo: ☐ Route ☐ Hybride ☐ E-bike	Taille de votre vélo :

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	Veillez communiquer avec votre spécialiste voyage pour acquitter le montant du dépôt Paie ment final dû 90 jours avant le départ	Veillez communiquer avec votre spécialiste voyage pour acquitter le montant du dépôt Paie ment final dû 90 jours avant le départ

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

<https://ekilib.com/conditions->

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)	☐ 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 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.

► 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 :

J'accepte que sur la route et/ou ekilib utilise les photos où j'apparais à des fins publicitaires ou promotionnelles.

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 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.

► 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 :

J'accepte que sur la route et/ou ekilib utilise les photos où j'apparais à des fins publicitaires ou promotionnelles.

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)