



FORMULAIRE D'INSCRIPTION



Cher parent,

L'école que fréquente votre enfant a choisi notre agence pour organiser leur voyage et nous les remercions de leur confiance. L'expérience que s'apprête à vivre votre enfant sera des plus enrichissantes. Ce formulaire établit les règles qui régissent les inscriptions à ce voyage. Veuillez donc lire attentivement les informations et remettre le formulaire dûment rempli à l'organisateur de voyage.

REMETTRE À _____

Nom du professeur

Avant le ____/____/____

JJ MM AAAA

Nom de l'école : _____

Numéro de dossier : _____ à venir

INSCRIPTION POUR LE VOYAGE À DESTINATION DE : _____ DU : _____

DÉPÔT ET PAIEMENT

- ◆ J'accepte que _____ participe au voyage.
Nom complet de votre enfant
- ◆ Je joins un chèque à l'ordre de _____, au montant de _____ \$
Nom de l'école votre dépôt
pour confirmer son inscription. (Si vous prenez les assurances veuillez ajouter le montant des assurances à cette somme).
- ◆ Je joins aussi un chèque post daté en date du ____/____/____ au montant de _____ \$ pour acquitter le solde.

FRAIS D'ANNULATION

Si votre enfant devait annuler sa participation, la politique d'annulation suivante s'appliquera.

PÉNALITÉS

- Entre la réception du dépôt et 60 jours avant le départ : 350\$ non-remboursable (montant du dépôt)
- Entre 60 et 45 jours avant le départ : 75% du coût total du forfait
- À partir de 45 jours avant le départ : 100% du coût total du forfait

ASSURANCES

****ATTENTION** : Si vous adhérez à une assurance veuillez ajouter le montant des assurances à votre dépôt et remplir le formulaire d'exclusions au verso de cette feuille.

- Je désire prendre une **Assurance Soins Médicaux d'urgence** au coût de : _____ \$
- Je ne désire PAS d'Assurance Soins médicaux d'urgence _____ (Mettre vos initiales)
- Je désire une **Assurance Forfait Plus SANS soins médicaux d'urgence** au coût de : _____ \$
- Je ne désire PAS d'Assurance Forfait Plus SANS soins médicaux d'urgence _____ (Mettre vos initiales)
- Je désire une **Assurance Forfait Plus SANS annulation, avec interruption** au coût de : _____ \$
- Je ne désire PAS d'Assurance Forfait Plus sans annulation _____ (Mettre vos initiales)
- Je désire une **Assurance Forfait Plus Groupe Étudiant** au coût de : _____ \$
- Je ne désire PAS d'Assurance Forfait Complet Étudiant _____ (Mettre vos initiales)

En refusant les assurances, je dégage l'agence de voyages de toute responsabilité pour toute perte pouvant résulter de mon refus

DOCUMENTATION REQUISE

En inscrivant votre enfant à ce voyage vous aurez la responsabilité de fournir les documents exigés par les autorités gouvernementales compétentes.

Pour le voyage auquel vous inscrivez votre enfant vous devez fournir :

- UN PASSEPORT
- UN VISA (SELON LES DESTINATIONS)
- AUTRES _____

Si votre enfant n'a pas la citoyenneté canadienne veuillez demander plus d'informations au responsable du voyage pour connaître les modalités d'entrée.

J'AI LU ET J'ACCEPTÉ TOUTES LES CONDITIONS MENTIONNÉES SUR CETTE PAGE

SIGNATURE (parent ou tuteur)

DATE

Tous droits réservés



FORMULAIRE D'EXCLUSION DUE À DES CONDITIONS PRÉEXISTANTES



Afin d'être admissible à l'assurance, vous devez compléter le formulaire suivant :

Dans les 3 mois précédant la date de prise d'effet de la couverture ⁽¹⁾, l'assuré a-t-il consulté un médecin, été hospitalisé, reçu des traitements ou été avisé de le faire; lui a-t-on prescrit des médicaments ou un changement de posologie; a-t-il été traité avec de l'oxygène à domicile, eu recours à la corticothérapie pour une condition pulmonaire ou a-t-il consommé de la nitroglycérine pour le soulagement de douleurs à la poitrine dues à une condition cardiaque plus d'une fois dans une période de 7 jours?

OUI

NON

Si **OUI**, spécifiez la condition : _____

Cette condition est exclue de la couverture

(1) PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE

1. Garantie soins médicaux d'urgence : la date de départ du voyage.
2. Garantie annulation ou interruption de voyage : la date d'adhésion au contrat.

IMPORTANT

Pour l'assurance soins médicaux d'urgence, veuillez noter que dans le cas où une maladie se déclare entre la date de l'achat de l'assurance et le départ du voyage, cette maladie pourrait ne pas être couverte pendant le voyage. SVP nous contacter le cas échéant.

NOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE) : _____

SIGNATURE (Tuteur ou parent)

DATE (JJ/MM/AAAA)

Tous droits réservés