

# alta

Retourner le formulaire à [info@altavoyages.com](mailto:info@altavoyages.com) ou par courrier au 250 boul. St-Raymond, Gatineau, app. 7056, code postal J9A 0B1. Pour toute information, vous pouvez contacter madame Louise Grégoire au 819 525-1293.

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

DATE(S) DE VOYAGE : \_\_\_\_\_ DESTINATION : \_\_\_\_\_

PRÉNOM tel qu'indiqué sur le passeport (LETTRES MOULÉES)		NOM tel qu'indiqué sur le passeport (LETTRES MOULÉES)	
Adresse :		Ville :	
Code postal :	Téléphone :	Date de naissance :	
Assurance- voyage: J'accepte <input type="checkbox"/> Je refuse <input type="checkbox"/> Signature : _____ Montant de l'assurance : _____	Avez-vous consulté un médecin, consommé un nouveau médicament, été hospitalisé, reçu des traitements ou vous a-t-on prescrit des médicaments ou un changement de posologie <u>dans les 6 mois précédant votre inscription</u> au voyage (si oui = condition non couverte) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À ce jour, avez- vous une raison d'annuler votre voyage? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Personne à contacter en cas d'urgence/ no de téléphone :	
Simple <input type="checkbox"/> Double <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Quad <input type="checkbox"/> 1 lit <input type="checkbox"/> 2 lits <input type="checkbox"/>	PRENEZ NOTE QUE LA PRIORITÉ POUR LES CHAMBRES À 2 LITS SERA ACCORDÉE AUX VOYAGEURS DU MÊME SEXE	Point d'embarquement :	Si allergies ou handicaps, s.v.p. préciser :
Paiements : Chèque <input type="checkbox"/> OU Carte de crédit : Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> No de carte : _____ CCV _____ EXP _____ En signant le présent formulaire, je confirme que j'accepte les conditions générales et que j'autorise Alta Voyages à percevoir le dépôt et le paiement final aux dates mentionnées sur le programme de voyage. Signature : _____ COURRIEL POUR RECEVOIR LA FACTURE PAR INTERNET : _____ @			

## JE SERAI ACCOMPAGNÉ(E) DE :

PRÉNOM tel qu'indiqué sur le passeport (LETTRES MOULÉES)		NOM tel qu'indiqué sur le passeport (LETTRES MOULÉES)	
Adresse : (si différente de celle au- dessus)		Ville :	
Code postal :	Téléphone :	Date de naissance :	
Assurance- voyage: J'accepte <input type="checkbox"/> Je refuse <input type="checkbox"/> Signature : _____ Montant de l'assurance : _____	Avez-vous consulté un médecin, consommé un nouveau médicament, été hospitalisé, reçu des traitements ou vous a-t-on prescrit des médicaments ou un changement de posologie <u>dans les 6 mois précédant votre inscription</u> au voyage (si oui = condition non couverte) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> À ce jour, avez- vous une raison d'annuler votre voyage? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Personne à contacter en cas d'urgence/ no de téléphone :	
Simple <input type="checkbox"/> Double <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Quad <input type="checkbox"/> 1 lit <input type="checkbox"/> 2 lits <input type="checkbox"/>	PRENEZ NOTE QUE LA PRIORITÉ POUR LES CHAMBRES À 2 LITS SERA ACCORDÉE AUX VOYAGEURS DU MÊME SEXE.	Point d'embarquement	Si allergies ou handicaps, s.v.p. préciser :
Paiements : Chèque <input type="checkbox"/> OU Carte de crédit : Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> No de carte : _____ CCV _____ EXP _____ En signant le présent formulaire, je confirme que j'accepte les conditions générales et que j'autorise Alta Voyages à percevoir le dépôt et le paiement final aux dates mentionnées sur le programme de voyage : Signature : _____			