



Formulaire d'inscription Cuba 2012

Type d'inscription (simple ou double)

- Je m'inscris en occupation double avec : **Prénom Nom** _____
- Je m'inscris en occupation simple et j'en assumerai le coût additionnel de 175 \$

Informations personnelles (identique à votre passeport) (info obligatoire *)

Prénom Nom* _____

Adresse* _____ Ville* _____

Province* _____ Code Postal* _____

Date de naissance* (jj-mm-aaaa) : _____

Téléphone bur.* : _____ Téléphone mob.: _____

Téléphone rés.* : _____ Courriel* : _____

Session réservée (NOTE 1)

- Pré saison de vélo à Holguin Cuba au Playa Pesquero du 13 au 20 AVRIL 2012
~~15 au 22 AVRIL 2012 COMPLET~~

Information sur l'assurance voyage

Je soussigné déclare avoir personnellement souscrit à une assurance voyage auprès de :

Nom de l'assureur* _____

Mode de paiement par carte de crédit :

VISA # DE LA CARTE * _____

MASTER CARD # de 3 chiffres derrière la carte* : _____

EXPIRATION* [mm / aa] : _____

	Occupation double	Occupation simple
1er VERSEMENT : MONTANT A PAYER A L'INSCRIPTION	250 \$	250 \$
2e VERSEMENT : MONTANT A VERSER AU 1er MARS 2012	1 174 \$	1 349 \$

J'accepte que soient prélevés par **Vacances Tours Mont-Royal** sur ma carte de crédit les deux versements ci-haut mentionnés. Faites nous parvenir votre formule d'inscription (une par client) dûment remplie et signée en version numérisée à info@lmp2.ca

Signature : _____ date : _____

NOTE 1 : Sur réception et en fonction des disponibilités, nous serons en mesure de vous confirmer votre réservation par courriel. Pour le choix de la date du séjour, les places sont limitées. La préséance des réservations sera établie sur une base 1er inscrit - 1er confirmé.

FORMULAIRE DE DÉCLARATION MÉDICALE

Le cyclisme est une activité physique impliquant un effort physique important. Dans le cadre de ce questionnaire, nous voulons vérifier votre aptitude physique à pratiquer ce sport, afin de vous éviter un problème médical. Nous vous prions donc de répondre consciencieusement à ces quelques questions.

Il est expressément convenu que l'information ici déclarée, restera strictement confidentielle aux dossiers de LMP2. Elle ne sera uniquement fournie qu'à un corps médical traitant dans un cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de fournir l'information par vous-mêmes.

État de santé

		OUI	NON
1.	Affection des sens		
	A) Souffrez-vous d'une affection visuelle?	___	___
	B) Portez-vous des lunettes?	___	___
	C) Portez-vous des lentilles cornéennes?	___	___
	D) Avez-vous des problèmes auditifs?	___	___
2.	Affections du système nerveux		
	A) Souffrez-vous d'évanouissement?	___	___
	B) Souffrez-vous d'épilepsie?	___	___
	C) Avez-vous déjà souffert de traumatisme crânien (commotion cérébrale)? Si oui, quand? _____	___	___
	D) Souffrez-vous de désordres cervicaux ou neurologiques autres que ceux mentionnés ci-dessus?	___	___
3.	Affections respiratoires;		
	A) Souffrez-vous d'asthme ou de bronchite chronique?	___	___
4.	Problèmes rénaux		
	A) Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une maladie rénale quelle qu'elle soit?	___	___
5.	Problèmes musculo-squelettiques		
	A) Avez-vous une limitation de mouvements d'un de vos membres ou de la colonne vertébrale?	___	___
	B) Souffrez-vous de faiblesses musculaires?	___	___
6.	Problèmes Systémiques	OUI	NON
	A) Souffrez-vous de diabète?	___	___
	B) Avez-vous déjà souffert de rhumatisme aigu?	___	___
7.	Problèmes cardio-vasculaires;		
	A) Souffrez-vous d'une affection cardiaque ou vasculaire?	___	___
	B) Ressentez-vous fréquemment des douleurs à la poitrine ou au cœur?	___	___
	C) Votre médecin vous a-t-il déjà mentionné que vous aviez une tension artérielle trop élevée?	___	___
8.	Problèmes cutanés		
	A) Souffrez-vous de maladie contagieuse de la peau?	___	___

9 Autres conditions ;

- A) Prenez-vous des médicaments? ___ ___
- B) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? ___ ___
Si oui, quand ? _____
- C) Avez-vous subi une blessure quelconque au cours des six derniers mois? ___ ___
- D) Souffrez-vous de maladie ou d'affection autre que celles mentionnées ci-dessus? ___ ___
- E) Souffrez-vous d'allergies. ___ ___
Si oui, à quoi? _____

Pour votre propre sécurité, nous vous demandons de consulter votre médecin si vous avez répondu «oui» à une ou plusieurs questions mentionnées ci-dessus.

Énumérez les blessures survenues dans la pratique de votre discipline et qui vous ont déjà tenu à l'écart de la route.

NOM ET COORDONNÉES D'UNE PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE :

Par les présentes, je dégage formellement LMP² de toute responsabilité pour tout dommage, de quelque nature que ce soit, que je pourrais subir dans le cadre de ma participation à cette activité.

Signature du participant

Date