



La France des Acadiens du 23 mai au 5 juin 2020

Les Voyages DiasporAcadie Inc. 318, rue Vanier, Dieppe

Nouveau-Brunswick, Canada, E1A 5N2

diasporacadie@gmail.com (506) 850-7662 www.diasporacadie.com

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Le voyageur ou la voyageuse accepte les conditions spécifiques ainsi que toutes les **CONDITIONS ET RÈGLEMENTS** des Voyages DiasporAcadie tels que décrits dans le document du même titre disponible en version imprimée et sur le site web www.diasporacadie.com

SVP remplir un formulaire par couple demeurant **À LA MÊME ADRESSE**. Si votre compagnon ou compagne de voyage demeure à une adresse différente, vous devez chacun remplir un formulaire.

Personne 1

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Personne 2

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Cellulaire : _____

NOUS VOULONS : _____ deux lits simples OU _____ un lit double

IMPORTANT !

VOUS DEVEZ NOUS ENVOYER UNE COPIE DE LA PAGE PHOTO DE VOTRE PASSEPORT AVEC CE FORMULAIRE.

PASSEPORTS	Personne 1	Personne 2
Nom exact qui apparaît sur le passeport		
Numéro du passeport		
Date d'expiration		
Date de naissance		
NUMÉRO AÉROPLAN (Air Canada)		
IMPORTANT ! ALLERGIES et Intolérances alimentaires		

EN CAS D'URGENCE pendant le voyage

Personne-contact en cas d'urgence : _____ Relation : _____

Téléphone : _____ Cellulaire ou autre no. de téléphone : _____

ASSURANCES : Vous devez fournir cette information au plus tard un mois avant le départ

Nom de ma compagnie d'assurance : _____ Tél. : _____

No. de ma police assurance maladie : _____

GÉNÉALOGIE (facultatif) Afin de rendre le voyage plus intéressant, il nous est utile de connaître vos racines acadiennes.

VOS NOMS DE FAMILLE	Personne 1	Personne 2
Nom de famille de jeune fille de ma mère		
Noms de famille de jeune fille de mes deux grand-mères		
Pour les femmes, votre nom de jeune fille		

CONDITIONS MÉDICALES SVP inscrivez ici vos conditions médicales qui pourraient exiger un accommodement spécial lors du voyage et expliquez-nous vos besoins.

COURRIELS et informations

J'accepte de recevoir des courriels au sujet des Voyages DiasporAcadie. _____ OUI _____ NON

J'accepte que DiasporAcadie partage mon numéro de téléphone et courriel avec les autres voyageurs inscrits au voyage. _____ OUI _____ NON

J'ai pris connaissance des conditions et règlements du voyage et je les accepte :

Signature : _____ Date : _____

Signature : _____ Date : _____

**SVP retournez ce formulaire avec la copie de votre
passeport et votre paiement :**

Les Voyages DiasporAcadie Inc. 318, rue Vanier, Dieppe
Nouveau-Brunswick, Canada, E1A 5N2
diasporacadie@gmail.com (506) 850-7662 www.diasporacadie.com