

Nom de l'école / groupe : _____
(SCHOOL NAME / GROUP)

1

DESTINATION : _____
(DESTINATION)

Numéro de Facture

Prenom : _____
(FIRST NAME)Nom: _____
(SURNAME)

Age: _____

Adresse (address)

No. (NO.)

(NO.)

Rue (street)

Apt. (APT.)

Ville (city)

Cp (postal code)

2

Tél. (Tél.): _____

() - _____

Tél. (Tél.): _____

() - _____

Hôtel : _____
(DESTINATION)Date de départ _____
(DEPARTURE)De retour _____
(RETURN)jour/mois
(DAY / MONTH)jour/mois
(DAY / MONTH)

OCCUPATION (OCCUPANCY)

Prix du forfait (Price): _____

\$

SUPPLÉMENT occupation (occupancy):

Double Triple Quad. Autres

\$

* Les dates de départs peuvent être modifiées avec ou sans préavis

* The dates of departure may be changed with or without previous notice

3

Ass. Forfait (Croix Bleue) :
(INSURANCE PLAN) (BLUE CROSS)- Annulation de voyage - Frais médicaux 5 000 000\$
- TRIP CANCELLATION AND MEDICAL EXPENSES

\$

Ass. Médical (Croix bleue) :
(MEDICAL INSURANCE) (BLUE CROSS)- Hospitalisation, frais médicaux 5 000 000\$, etc...
- HOSPITALIZATION, MEDICAL AND PARAMEDICAL EXPENSES

\$

Refus d'adhérer aux régimes d'assurances proposés
I REFUSE TO JOIN THE INSURANCE PLANS PROPOSED BY TNVINITIALER S.V.P.
INITIAL PLEASE

\$

4

AUTRES (OTHER) _____

Advenant une erreur lors de la transcription de ce contrat
l'information véhiculé par l'agence prévaut.**ANNULATION****Autocar****Avion**

45 jours avant le départ

\$125.00/personne

\$375.00/personne

44-21 jours avant le départ

\$225.00/personne

50% voyage

20 jours ou moins avant le départ

Coût total

Coût total

Le consommateur s'engage à respecter les conditions d'entrées pour les pays visités.
(En aucun cas ces raisons peuvent être invoquées pour l'annulation du présent forfait)**Tout voyage est sujet à Changement ou Annulation,
et ce, en tout temps, avec ou sans préavis.**Le passager / consommateur renonce à toute réclamation
contre "l'agence" pour pertes ou dommages.Lors du voyage, le passager / consommateur donne tout droit exclusif
à l'agence pour la prise de photos et vidéos. L'agence pourra diffuser ces images.**VOIR CONDITIONS ET CLAUSES AU VERSO
SEE TERMS AND CONDITIONS ON REVERSE**

5

Total Facture

(TOTAL PRICE)

1er Versement

____ / ____ / ____

(FIRST PAIEMENT)

Sommaire

(BALANCE)

Versement Final

____ / ____ / ____

(FINAL PAIEMENT)

Solde Final

6

Permis du Québec
TPS: R-130326721

Signature du Client

Blanche : Client

Distributeur

Jaune : Distributeur

Date

Rose : Agence