**Retraite santé HopLaVie au Mexique
du 18 au 25 novembre 2017
Offrez-vous 7 jours de vitalité et de ressourcement !**

|  |
| --- |
| Veuillez remplir ce formulaire et le retourner à mailto:retraite@hoplavie.net et sofleveille@gmail.com en copie avec comme objet  Retraite au Mexique 2017 |

**Coordonnées personnelles**(vos nom et prénom doivent être écrit de la même façon que sur votre passeport)

Nom : Prénom :

Sexe : Masculin \_\_\_\_ Féminin \_\_\_\_
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Téléphone de jour: Cellulaire :

Courriel :

Adresse :

Ville : Province :
Code postal :

**En cas d’urgence, qui devons-nous avertir ?**

Nom : Prénom :

Téléphone : Cellulaire :

Lien avec cette personne :

**Réservation** (cochez vos choix)

Départ de Montréal chambre simple (2059$) \_\_\_\_ double (1869$) \_\_\_

Départ de Ottawa chambre simple (2089$) \_\_\_\_ double (1869$) \_\_\_
Qui vous accompagne? (si en double) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Je veux une vue sur la mer (supplément de 100$) \_\_\_

 **Autres informations**

Où avez-vous entendu parler de notre voyage ?

Pour quelle raison désirez-vous participer à ce voyage ?

Inscrivez ici toutes suggestions ou commentaires :
 **Informations sur la Santé**Merci de cocher oui ou non aux questions suivantes et complétez au besoin

 **Oui Non**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d’un problème cardiaque et que vous ne deviez participer qu’aux activités physiques prescrites et approuvées par un médecin?  |  |  |
| 2 | Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l’activité physique?  |  |  |
| 3 | Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors de périodes autres que celles où vous participiez à une activité physique?  |  |  |
| 4 | Éprouvez-vous des problèmes d’équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissance?  |  |  |
| 5 | Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires (par exemple, au dos, au genou ou à la hanche) qui pourraient s’aggraver par une modification de votre niveau de participation à une activité physique? Lesquels? |  |  |
| 6 | Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre tension artérielle ou un problème cardiaque (par exemple, des diurétiques)? Lesquels? |  |  |
| 7 | Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire de l’activité physique? Laquelle? |  |  |
| 8 | Avez-vous des allergies ? Lesquelles ? Avez-vous un épipen ?  |  |  |

\* En cas de traitement médical, nous vous prions de joindre une attestation
 écrite de permission de voyage de la part de votre médecin à votre inscription.

Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hélène Gosselin de Voyages Paradis communiquera avec vous dans les 48H00 suivant votre inscription pour vous donner tous les détails de votre voyage ainsi que pour prendre arrangement avec elle pour le dépôt.

Au plaisir de vous compter parmi nous !
Sophie et Natalie