



## BE HANDI

### Informations pour le séjour

(à joindre au questionnaire de santé)

#### Informations générales

Madame  Monsieur

Nom et Prénom(s) : .....

Adresse e-mail : .....

Téléphone : .....

Adresse du vacancier - Foyer : .....

n° et rue : ..... Code postal et ville : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : .....

Merci de préciser (Famille-Tuteur-Structure) : .....

#### Informations sur votre voyage

Nombre de personnes **au total** (hors accompagnateur/trice Behandi) : .....

Nombre de personne(s) valide(s) : .....

Nombre de personne(s) handicapée(s) : .....

Age des participants : .....

Destination souhaitée : .....

Durée de séjour souhaitée : .....

Dates souhaitées : départ et arrivée : .....

Flexibilité dans ces dates : .....

Type de pension : Pension complète  Demi-pension  autre  : .....

Type de chambre : Individuelle  partagée (avec l'accompagnateur/trice)

Avez-vous besoin d'un transport BEHANDI :  OUI  NON  AUTRES .....

Les activités souhaitées (visites, excursions, autres) :  
.....  
.....

#### Informations personnelles

Nature du handicap : .....

Avez-vous besoin d'un accompagnateur de Behandi : Aucun  Un  Deux

**Autres informations :**  
.....

**Comment avez-vous connu notre agence :**

Famille  Amis  Etablissement  Tuteur  Internet

Autre  : .....