



## Informations pour le séjour

(à joindre au questionnaire de santé)

### Coordonnées de la personne à contacter pour le suivi du dossier

Madame  Monsieur

NOM : ..... PRENOM : .....

Foyer : ..... N° et Rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Mail : .....

Téléphone (fixe + portable) : .....

### Informations sur le voyage

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

Dont ..... personnes(s) valide(s) et ..... personne(s) handicapée(s)

Age des participants : .....

Destination : .....

Durée de séjour : ..... Dates ou période : .....

Ces dates sont-elles flexibles : .....

### Vos préférences :

Gîte  Hôtel  Village vacances  Camping

Pension complète à l'hébergement  Demi-pension à l'hébergement

Chambre individuelle  Chambre partagée avec l'accompagnateur/trice

Vous souhaitez que Behandi organise le transport :  Oui  Non

Vous avez besoin d'un **accompagnateur professionnel Behandi** :  Aucun  Un  Deux

Les activités souhaitées (visites, excursions, baignade, activités sportives, autre...) :

.....  
.....

### Comment avez-vous connu Behandi :

Famille  Amis  Etablissement  Tuteur  Internet  Autre :