



Booking form for sport/activity program

Dossier d'Inscription pour les séjours Cours + Sport/Activité

A nous retourner complété par mail (inscriptions@aupaysdeslangues.fr) ou par courrier à :
AU PAYS DES LANGUES - Inscriptions - BP 1 - 33460 MACAU - France

Cadre réservé à APDL

Stay dates : From :

To :

Number of weeks :

Dossier à remplir dans la langue du pays choisi (par défaut en anglais)

Name :

Nom

Surname :

Prénom

Birth date :

Date de Naissance

Age :

years / ans

Age

Nationality:

Nationalité

Sexe :

Address :

Adresse

Zip code :

Code Postal

City :

Ville

Home phone number:

Téléphone domicile

Mobile :

Téléphone portable

E-mail :

@

Skype :

Name, address and phone number of parents or emergency contact :

Nom, adresse et téléphone de vos parents ou de la personne à prévenir en cas d'urgence

English level* :

Niveau d'anglais

Spanish level :

Niveau d'espagnol

German level :

Niveau d'allemand

Italian level :

Niveau d'italien

Other language :

Autre langue

Level :

Niveau

*Pensez à faire notre test en ligne pour connaître votre niveau : <http://www.aupaysdeslangues.fr/testez-votre-niveau/>

Merci de coller
ou d'insérer une
photo souriante !

Pas d'agrafes
Merci



Additional information about your language courses + sport/activity program

Informations complémentaires à votre séjour cours + sport/activité

Country :
Pays choisi

Sport/Activity :
Sport/Activité choisi

Starting date ?
Date de début des cours ?

Number of weeks :
Nombre de semaines

Do you need accommodation ? Yes No If yes, please specify**
Souhaitez-vous un hébergement ? Oui Non Si oui, précisez

** Référez-vous aux hébergements proposés sur la destination de votre choix sur notre site www.aupaysdeslangues.com

Do you need a transfer from / to the airport : No Yes, from the airport Yes, to the airport
Souhaitez-vous une prise en charge à l'aéroport : Non Oui, à l'aller Oui, au retour
(coût en sus à votre charge)

Health Santé

Do you smoke: Yes No How many cigarettes a day ?
Êtes-vous fumeur : Oui Non Combien de cigarettes par jour

Do you suffer from any allergy, physical or medical condition that needs to be taken into account ? Yes* No
Êtes-vous allergique ou souffrez-vous de conditions physiques / médicales dont il faut tenir compte pour votre placement ? Oui Non

Do you have special dietary requirements ? Yes* No
Avez-vous un régime diététique spécial ? Oui Non

What is your height ? _____ What is your weight ? _____
Combien mesurez-vous (cm)? Combien pesez-vous (kg) ?

Do you suffer from diabetes ? Yes* No
Êtes-vous diabétique ? Oui Non

Do you suffer from epilepsy ? Yes* No
Êtes-vous épileptique ? Oui Non

Do you suffer from asthma ? Yes* No
Êtes-vous asthmatique ? Oui Non

If you ticked «yes» to one of the questions above, please explain :
Si vous avez coché «oui» à l'une des questions ci-dessus, merci de préciser :

Personal information Informations personnelles

Religion : Native language :
Religion Langue maternelle

Your ID number and expiry date :
Numéro et date d'expiration de votre carte d'identité

Your passport number and expiry date :
Numéro et date d'expiration de votre passeport si vous effectuez un séjour hors Union Européenne

AU PAYS DES LANGUES
BP 1 – 33460 MACAU – France
E-mail : inscriptions@aupaysdeslangues.fr
Tel 05.33.89.18.00 du lundi au vendredi
www.aupaysdeslangues.com
SIRET 798 899 233 00018 - code APE 8559B



Comment avez-vous connu «Au Pays des Langues» :

Recherche Internet	Facebook	Twitter	Google +	YouTube
Bouche à oreille	Forum internet	Salons	Professeur	Réunion d'information
Point BIJ/PIJ	Affiches	Flyers	Blog	Pages jaunes
Mission Locale	Autre, précisez :			

Adhésion

Je, soussigné(e) _____, certifie avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente, des tarifs, des conditions de règlements, du descriptif du programme choisi, notamment des conditions d'annulation et des règlements contenus dans les Conditions Générales de Vente de la société AU PAYS DES LANGUES, qui constitue l'information préalable au sens de l'article R211-6 du décret 1229 du 6 octobre 2006.

Je prends acte que tout manquement dans mon comportement pourra entraîner mon retour anticipé sans délai et à mes frais.

Je m'engage à régler dans les meilleurs délais les frais imprévus (téléphone, Internet, dégâts matériels...) occasionnés lors de mon séjour.

Je reconnais avoir été informé(e) de l'existence de risques éventuels de tous ordres liés aux voyages et déplacements à l'étranger, et de l'intérêt de consulter régulièrement le site www.diplomatie.gouv.fr, rubriques «Conseils aux voyageurs avant et pendant mon séjour», «risques santé» et «risques pays».

Fait à

Le

Signature



Modalités d'inscription

Complétez ce dossier d'inscription et retournez-le dûment complété :

par mail (inscriptions@aupaysdeslangues.fr)

par courrier à : Au Pays des Langues - Inscriptions - BP1 - 33460 MACAU - France

N'oubliez pas de bien lire nos conditions générales de vente et les extraits du Code du Tourisme avant d'envoyer votre dossier et de conserver une copie de votre bulletin.

A réception de votre dossier d'inscription et du règlement, un membre de notre équipe prendra contact avec vous dans les meilleurs délais pour valider votre inscription.

Liste des pièces justificatives à nous fournir avec votre dossier d'inscription :

Photo identité (insérez-la sur le document si vous envoyez votre dossier par mail)

Certificat médical d'aptitude à la pratique de l'activité ou du sport choisi

NB : Les inscriptions sont acceptées dans la limite des places disponibles

Modalités de paiement

Le séjour est payable en 2 fois :

- Acompte de 30% à la réservation (dont 35 Euros de frais d'inscription non remboursable)
- Paiement du solde de votre séjour : à réception de facture ou au plus tard 1 mois avant votre départ

Vous pouvez régler, au choix :

Par Carte Bancaire

via notre site web
(paiement CB sécurisé
via le Crédit Agricole)

Par virement bancaire

Au Pays des Langues
IBAN
FR7613306000512305697002965
BIC/Swift AGRIFRPP833

Par Chèque

A l'ordre de
Au Pays des Langues

Par Prélèvement

Complétez la mandat
SEPA (autorisation de
prélèvement)

NB : Pour toute inscription tardive (départ souhaité dans les 4 semaines suivant l'inscription), l'intégralité du montant du séjour est à régler à la commande.



MANDAT de Prélèvement SEPA



AU PAYS DES LANGUES

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la SARL AU PAYS DES LANGUES (APDL) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la SARL AU PAYS DES LANGUES (APDL).

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veillez compléter les champs marqués *

1	* 1	.....	1
		Nom / Prénoms du débiteur	
2	* 2	.....	2
		Numéro et nom de la rue	
3	* 3	.....	3
		Code Postal	
		
		Ville	
4	* 4	.....	4
		Pays	
5	* 5	.....	5
		Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
6	* 6	.....	6
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)	
7	* 7	SARL AU PAYS DES LANGUES (APDL)	7
		Nom du créancier	
8	* 8	F R 1 7 Z Z 6 4 5 6 2 7	8
		Identifiant Créancier SEPA	
9	* 9	BP 1	9
		Numéro et nom de la rue	
10	* 10	3 3 4 6 0	10
		Code Postal	
		MACAU	
		Ville	
11	* 11	France	11
		Pays	
12	* 12	Type de paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel	12
13	* 13	Signé à <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13
		Lieu	
		Date	
		Signature(s) : * Veillez signer ici	

Note: Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

14	* 14	.....	14
		Code identifiant du débiteur	
		Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque	
15	* 15	.....	15
		Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	
		Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre {NOM DU CREANCIER} et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.	
		Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.	
16	* 16	.....	16
		Code identifiant du tiers débiteur	
17	* 17	.....	17
		Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.	
18	* 18	.....	18
		Code identifiant du tiers créancier	
19	* 19	.....	19
		Contrat concerné	
		Numéro d'identification du contrat	
20	* 20	.....	20
		Description du contrat	

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :
AU PAYS DES LANGUES (APDL)
BP1 - 33460 MACAU

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

