

Nom: \_\_\_\_\_  F  M

Prénom(s): \_\_\_\_\_

Date de naissance (J.M.A): \_\_\_\_\_ Nationalité: \_\_\_\_\_

Rue: \_\_\_\_\_

Code postal, Ville: \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

Pays et ville de naissance: \_\_\_\_\_

Langue(s) maternelle(s): \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_

Tél. portable: \_\_\_\_\_ Tél. privé: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Contact pendant votre séjour (Nom, Prénom, Tél.): \_\_\_\_\_

Niveaux de langue (voir p. 14)  Débutant  Élémentaire  Intermédiaire inférieur  Intermédiaire  Intermédiaire supérieur  Avancé  Supérieur avancé

## Cours

Ville, Lieu, Ecole: \_\_\_\_\_ Type de cours: \_\_\_\_\_

Date de début: \_\_\_\_\_ Date de fin: \_\_\_\_\_ Nombre de semaines: \_\_\_\_\_

Ville, Lieu, Ecole: \_\_\_\_\_ Type de cours: \_\_\_\_\_

Date de début: \_\_\_\_\_ Date de fin: \_\_\_\_\_ Nombre de semaines: \_\_\_\_\_

## Logement

Date de début: \_\_\_\_\_ Date de fin: \_\_\_\_\_ Nombre de semaines: \_\_\_\_\_

Famille d'accueil  Résidence  Appartement partagé  Chambre individuelle  Chambre double  Petit-déjeuner  Demi-pension  Pension complète

Date de début: \_\_\_\_\_ Date de fin: \_\_\_\_\_ Nombre de semaines: \_\_\_\_\_

Famille d'accueil  Résidence  Appartement partagé  Chambre individuelle  Chambre double  Petit-déjeuner  Demi-pension  Pension complète

Autre: \_\_\_\_\_  Sans logement

Souhaits concernant la famille d'accueil non-fumeur  oui  non  égal avec enfants  oui  non  égal avec étudiants  oui  non  égal avec animaux  oui  non  égal  Je suis végétarien/ne  Je suis fumeur/se

Régime spécial: \_\_\_\_\_

Allergies ou soins médicaux: \_\_\_\_\_

Vos hobbies, intérêts, spécialisations: \_\_\_\_\_

Autres désirs, souhaits particuliers: \_\_\_\_\_

## Transport

Je désire recevoir une offre pour l'avion  oui, au départ de: \_\_\_\_\_  non

Je désire un transfert aéroport  à l'arrivée  au départ  aucun transfert

## Assurances

Assurance annulation-assistance ELVIA 3 mois (45 €)  Prolongation (6.30 € par mois). Nbre. de mois: \_\_\_\_\_

Assurance annulation-assistance annuelle ELVIA (moins de 26 ans: 46 €) (dès 26 ans: 63 €) valable dès la date d'inscription

Je désire recevoir les informations sur l'assurance médicale (de voyage) GLOBE PARTNER

Je désire une protection annulation/examen gratuite (Merci de joindre une preuve d'inscription à un examen)

Comment avez-vous connu ESL? \_\_\_\_\_

Code promotionnel: \_\_\_\_\_ Je, soussigné(e) déclare avoir lu, compris et accepté les conditions générales.

Conseils et réservations auprès de:

«Je soussigné(e) déclare accepter les conditions générales décrites précédemment dans la brochure et confirme l'inscription ci-dessus par le paiement d'un acompte de 300 € (majoré des éventuelles assurances souscrites) dès réception de la confirmation de réservation.»

Date: \_\_\_\_\_

Signatures: \_\_\_\_\_ Signature pour ESL: 

(Signatures obligatoires du représentant légal et du participant)

Conformément à la loi numéro 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le participant dispose d'un droit d'accès et de rectification aux informations nominatives le concernant et que la société ESL peut être amenée à utiliser pour des besoins professionnels.

**Merci de nous retourner ce formulaire par courrier ou par fax à l'adresse indiquée au verso**