



**ZERF CHALLENGE 2020**  
For Mother and Children with HIV and AIDS in Africa

FORMULE D'INSCRIPTION

Nom famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_ Pays de naissance: \_\_\_\_\_  
Occupation: \_\_\_\_\_ Citizenship: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Code Postale: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Pays: \_\_\_\_\_  
No. Téléphone:( ) \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ No.Cel/Travail: \_\_\_\_\_  
No. Passeport: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_  
Date donner: \_\_\_\_\_ Place donner: \_\_\_\_\_

Date de voyage: \_\_\_\_\_

Accommodation: Simple \_\_\_\_\_ Double \_\_\_\_\_

Etes-vous végétarien? \_\_\_\_\_

**En cas D'urgences Contacter:**

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

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

Tel:( ) \_\_\_\_\_ Autre: \_\_\_\_\_

J'ai lu les conditions de voyages de Zerf Productions, surtout les conditions sur la politique d'annulation, remboursements et de responsabilités. Je comprends et je suis d'accord avec ces conditions.

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

Retourne cette formulaire: 4015 Harvard ave, Montréal, Québec H4A 2W8. Tel:(514)486-0924

Email: zerf@sympatico.ca Website: www.zerfchallenge2020.com

