



BULLETIN D'INSCRIPTION  
A l'Ecole du Yoga : Côté Voyages, Inde 2025

Du samedi 22 Février au Samedi 8 Mars 2025

NOMBRE DE PLACES LIMITEES : S'INSCRIRE AU PLUS VITE

**Merci de bien vouloir retourner ce bulletin d'inscription accompagné de l'autorisation de prélèvement si règlement par CB ou d'un chèque ou un virement à SAS EMISPHAIR – Aéroport – 42160 ANDREZIEUX BOUTHEON**  
 **04.77.39.25.07** - **pgaillard@vitamine-vacances.com**

**Important :** Merci d'écrire lisiblement en capitale d'imprimerie et de renseigner toutes les zones de ce bulletin d'inscription. En effet, l'exactitude des informations que vous nous indiquez, garantit le bon suivi des réservations effectuées par Vitamine Vacances pour votre voyage.

**NOM** \_\_\_\_\_ **PRENOM** \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

**Accompagné de :**

Merci d'indiquer l'identité exacte de la personne, c'est à dire le nom de famille qui figure sur son passeport !

**NOM** \_\_\_\_\_ **PRENOM** \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

**Adresse personnelle**

\_\_\_\_\_

domicile \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence \_\_\_\_\_

**Formalités administratives et sanitaires :** voir « Formalités »

**COUT du VOYAGE :** base d'un groupe de 18 participants)

Prix par personne en **chambre double** : **3895€** x.....personnes = .....€

**Assurance MULTIRISQUE avec EXTENSION COVID OFFERTE**

Supplément **chambre individuelle** : **390€** x.....personnes = .....€  
(sous réserve de disponibilité)

**TOTAL : .....€**

Je verse un acompte de **1300€** par personne à la réservation, **soit** .....€.

**Règlement par :** Chèque à l'ordre de SAS EMISPHAIR  CB  Virement

Je m'engage à régler le solde avant le 10/012025.

Garantie financière : Groupama Assurance Crédit & Caution

IM042100023

**NOTRE PRIX COMPREND / NOTRE PRIX NE COMPREND PAS (voir Programme)**

Conditions Particulières et Générales de vente : Nous consulter

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature  
« lu et approuvé »

## Assurance MULTIRISQUE avec EXTENSION COVID OFFERTE

LA COVID-19 INDIVIDUELLEMENT  
EN TANT QUE MALADIE, MALADIE GRAVE OU CAUSE DE DÉCÈS  
ET CE POUR TOUTES LES GARANTIES,  
QU'ELLES SOIENT D'ASSURANCE OU D'ASSISTANCE.

### EXEMPLES DE PRISE EN CHARGE



Je suis  
en quarantaine  
pour COVID-19  
(Test positif)



Je voudrais  
annuler mon voyage  
car je suis atteint  
de la COVID 19  
(hospitalisation)



Je voudrais  
annuler car un membre  
de ma famille (selon définition)  
est atteint de la COVID 19  
(hospitalisation)



Je voudrais  
annuler mon voyage  
car je suis cas contact avéré  
dans l'obligation de m'isoler  
et de faire le test PCR



Je voudrais  
annuler mon voyage car  
je suis cas contact avéré  
dans l'attente de mes résultats  
du test PCR



Je voudrais  
annuler mon voyage car je suis  
malade, mon médecin confirme  
que je ne suis pas en état  
de voyager et suspecte  
un COVID



Je voudrais  
annuler mon voyage  
car je suis malade  
de la COVID  
(test positif)



Je voudrais  
annuler car un proche  
est gravement malade  
de la COVID  
(hospitalisation / décès)



Je voudrais  
annuler car je suis réquisitionné  
par les autorités dans le cadre  
de la lutte contre le COVID



Suite maladie ou cas contact,  
je vais arriver sur le lieu  
de mon séjour avec deux jours  
de retard (ou plus)



Refus d'embarquement  
suite à prise  
de température

### EXEMPLES DE NON PRISE EN CHARGE



Fermetures  
des frontières



Etat d'urgence  
sanitaire



Quarantaine et  
confinement généralisés



Cas de maladie en cas de séjour  
dans un pays formellement  
déconseillé par son gouvernement



Fermeture administrative  
de l'établissement



**AUTORISATION  
DE PRELEVEMENT  
Acompte et Solde**  
*à retourner avec le bulletin d'inscription.*

Je soussigné(e) .....

autorise la SAS EMISPH'AIR à procéder à la réservation du voyage suivant :

Intitulé : **A l'école du yoga , côté voyages, Inde 2025**

Date du voyage : **22 Février au 8 Mars 2025**

autorise le prélèvement de la somme de ..... euros,  
à titre d'acompte. Le solde du voyage sera prélevé le 10/01/2025.

de ma carte de crédit numéro.....

Crypto (3 chiffres au verso).....

Validité (mois-année) : .....

Fait à ....., le.....2024

Signature *(faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)*

*La signature de cette autorisation de prélèvement entraîne l'acceptation des conditions de vente de la SAS EMISPH'AIR.*

**Ossmooz** marque commerciale de la **SAS EMISPH'AIR – IM 042100023**  
Aéroport /42160 ANDREZIEUX-BOUTHEON / ☎04.77.39.25.07 / contact@vitamine-vacances.com

BP AUVERGNE RHONE ALPES				
Titulaire du compte/Account holder		Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements de quittances, etc.). Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation. This statement is intended for your payees and/or payors when setting up Direct debit, Standing orders, Transfers and Payment. Please use this Bank account statement when booking transactions. It will help avoiding execution errors which might result in unnecessary delays.		
<b>SAS EMISPH'AIR</b>				
<b>DE L AEROPORT</b>				
<b>42160 ANDREZIEUX BOUTHEON</b>				
Relevé d'identité bancaire / Bank details statement				
IBAN (International Bank Account Number)		BIC (Bank Identification Code)		
<b>FR76 1680 7004 0081 5450 2521 516</b>		<b>CCBPFRRPPGRE</b>		
Code Banque	Code Guichet	N° du compte	Clé RIB	Domiciliation/Paying Bank
<b>16807</b>	<b>00400</b>	<b>81545025215</b>	<b>16</b>	<b>BPAURA HOTEL DE VILLE</b>