

## Fiche d'information pré-séjour

Ce formulaire doit être complété **individuellement** et retourné dans un délai maximal de **15 jours** avant le début du séjour à [auberge.chicchocs@sepaq.com](mailto:auberge.chicchocs@sepaq.com).

### INFORMATION SUR LE CLIENT

Prénom et nom :

Numéro de réservation (figure sur votre facture) :

Date d'arrivée:

Numéro de cellulaire:

Langue parlée:

Nom de tous les occupants de votre chambre:

Navette assignée (vérifiez votre confirmation de réservation)

AM

PM

Choix des lits dans la chambre: Jumeaux

King

Contexte de votre séjour: Famille

Couple

Groupe

Précision au sujet de votre groupe - veuillez inscrire le nom des autres personnes qui vous accompagnent:

### ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

**IMPORTANT :** Étant donné le degré d'isolement de l'Auberge, il est très important de nous spécifier tout type de problème de santé ou de restriction alimentaire avant votre arrivée. Notez que nous nous réservons le droit de refuser certaines demandes spécifiques ou impossibles à combler, considérant ce contexte. En cas d'allergies ou d'intolérances non déclarées par le retour de ce formulaire, **des frais supplémentaires de 50\$ par personne par jour** s'appliqueront à votre séjour.

Avez-vous des allergies? Oui Non

☞ Nature des allergies:

☞ Précision (ex : gravité de l'allergie):

**IMPORTANT:** Assurez-vous d'avoir en votre possession votre auto-injecteur d'épinéphrine en cas de réaction allergique.

Hypersensibilité et intolérance alimentaire: Gluten Lactose Autre (précisez)

Régime alimentaire spécifique (ex: végétarien avec ou sans poisson/fruits de mer, vegan, etc)

Nous ne pouvons garantir l'innocuité pour les cas d'allergies alimentaires mortelles.

### CONDITION MÉDICALE

Antécédent/condition médicale à respecter: Oui Non

Restrictions liées à l'activité physique: Oui Non

☞ Précisez lesquelles:

Maladies/conditions particulières: Diabète Chirurgie récente Pontage  
Blessure musculo-squelettique pouvant affecter vos activités

☞ Autres/précautions requises:

Prise de médicaments pouvant affecter votre capacité à participer aux activités physiques: Oui Non

☞ Lesquels?

### ACTIVITÉS – SÉJOURS HIVER SEULEMENT

L'activité principale que vous souhaiteriez pratiquer: Ski Planche divisible Raquette

Avez-vous l'intention d'emprunter l'équipement sur place? Oui\* Non, j'ai déjà mon équipement

\* Si vous empruntez l'équipement, veuillez apporter vos bottes.