

DEMANDE D'INFORMATION

Nom

Prénom

Téléphone

Email

Type de demande

Date du transport

**Adresse de prise en charge**

Adresse

Commune

Code postal

**Destination**

Adresse

Commune

Code postal

Menu déroulant : **Type de transports** : TOURISME | MEDICAL

Détermine deux formulaires différents :

**1) TOURISME**

Menu déroulant : **Heure de** : VOL | TRAIN | PRISE EN CHARGE

Case heure : \_\_:\_\_

Case à cocher : **Trajet** : - Simple  
- Aller/retour

**Nombre de passagers** : \_\_

Case à cocher : **Vous voyagez avec** : - Ski  
- Snowboard  
- Animal  
- Bagages volumineux

Case à cocher : **Vous avez besoin de** : - Réhausseur + case nombre \_\_  
- Siège bébé + case nombre \_\_

Champ libre : **Informations supplémentaires**

**2) MEDICAL**

Case heure : \_\_:\_\_

Champ libre : **Informations supplémentaires**