



[Inscription électronique disponible ici](#)

Documents requis

- Une photocopie de la page de votre passeport où apparaît votre photo
- Une copie de votre certificat de naissance, émis par l'état civil, où apparaissent les noms de votre père et de votre mère.
- **Une copie de votre attestation de vérification des antécédents judiciaires. Visitez SOLSUD.COM, section 'Séjours - Modalités d'inscription' •**
- Une copie d'un document officiel où figure l'adresse de votre domicile (permis de conduire ou autre).
- Une preuve d'assurance-voyage (santé et rapatriement). Le nom de l'assureur, le numéro de contrat, le numéro de certificat et le numéro de téléphone pour rejoindre l'assureur doivent y apparaître.

À quel séjour désirez-vous participer ?

Pérou à Quillabamba ___ du 14 mars au 21 avril 2025

Équateur à Otavalo ___ du 11 novembre au 14 décembre 2024

___ du 28 février au 5 avril 2025

Prénom-Nom :

Votre adresse postale complète (nécessaire pour l'émission de reçus)

Code postal : _____ Téléphone : _____

Courriel : (écrire lisiblement s.v.p.) _____

Sexe : M _____ **F** _____ **Date de naissance :** _____

1. Votre motivation. Pourquoi voulez-vous participer à un séjour avec SOLSUD?

2. Votre expérience. Parlez-nous de votre travail rémunéré, de votre expérience de bénévolat tant au Québec qu'à l'extérieur.

3. Dites-nous quelques mots sur votre formation.

4. Connaissance de l'espagnol.

90 heures d'étude de la langue espagnole sont requises avant la date du séjour.

Débutant _____ **Intermédiaire** _____ **Avancé** _____

5. **Votre préférence de travail lors du séjour.**

Auprès de : Enfants _____ **Personnes âgées** _____

Personnes handicapées _____ **Malades** _____

Autre préférence : _____

6. **Logement dans une famille. Indiquez vos besoins particuliers, s'il y a lieu.**

7. **Êtes-vous végétarien?** Oui _____ Non _____

8. **Votre état de santé nécessite-t-il une attention particulière ? Si oui, précisez et mentionnez aussi vos allergies.**

9. **Avez-vous eu dans la dernière année une intervention, une modification dans vos médicaments ou des traitements particuliers?**

OUI _____ **SVP répondez à la question suivante (question 9.5)**

NON _____

9.5. Vous avez répondu 'oui' à la question précédente. Avez-vous l'autorisation de votre médecin ou de vos assurances pour effectuer ce voyage?

OUI _____ NON _____

10. **Connaissez-vous votre groupe sanguin? Si oui, indiquez-le** _____

11. Devez-vous prendre des médicaments sur une base régulière ? Si oui, précisez.

12. Vos particularités alimentaires ou toute autre information pertinente.

13. Votre statut vaccinal. Encerclez chacun des vaccins reçus

Hépatite A Hépatite B Typhoïde Tétanos Rougeole Fièvre jaune Covid

Je n'ai reçu aucun vaccin Autre : - _____

14. Donnez les coordonnées(nom, numéro de téléphone et courriel) de 2 personnes à contacter en cas d'urgence.

Nom : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Nom : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Signature : _____ **Date :** _____