



& / , [/ E ^ Z / W d / K E
> y / ^ > Z E K E E h Z
ô í õ X î ï X ï î ò ì

o Æ] • o Z v š } œ v Ì μ } œ o v } o o } œ Ÿ } v Ì Æ] • D μ v] s } Ç P [μ v̄ % } v œ } œ] • v Ì v š μ œ
À } Ç P μ Y μ ~ • ô ï ñ ò • X D œ]] v Ì } μ o } } œ } u % o š œ μ o o Ÿ v v o] P v
W & μ : W X

s K z ' , K / ^ / W

d W

W Z / y W Z W Z ^ K E E W

^ h W W > D E d E K h W d / K E ^ / D W > W

K E d d s K z ' h Z

f W œ v } u ~ E } u W

f œ • • W

f s] o o W W œ } Ì] v W } % } • š o W

f œ • • } μ œ œ] o W

f E μ u œ } š o % Z } v W

, Z ' D E d

s μ] o o ì } Z • œ μ • Ì } š œ Z }] Æ W

E } • š œ] (• •) v š • • v } μ % Ÿ } v } μ o l š Á] v U < μ •] P v] . < μ o % œ] Æ] v] < μ
μ v % œ • } v v μ u ! u • Æ X

f : Ì μ Æ % œ š P œ μ v Z u œ š l } μ μ v š v š v } μ % Ÿ } v } μ o l š Á] v ~ î %
K h / E K E

^] Ì } μ • Ì } μ •] v • œ] Ì Ì Ì μ v μ š œ % œ • } v v U u œ] v } μ •] v] < μ œ • } v v } u
o } œ • o œ % œ Ÿ Ÿ } v • Z u œ • W

^] Ì } μ • •] œ Ì Ì }] œ μ v Z u œ š l } μ μ v š v š v } μ % % % } μ } μ } Ì } μ o o U μ v •
f : Ì μ Æ Ì }] œ μ v Z u œ š l } μ š v š] v] Ì } μ } œ œ œ % Z Ç U œ } p • œ % œ Æ u v š
] š W
K h / E K E

: •]CE %oCE}o}vP CE }μ À v K Æ u}vEÀ}Ç P W
^] }μ]U %oCE]• Ì À}šCE u v ~ μCE š š ••W



K E / d / K E ^ ^ E d

À -ÌÀ}μ• • CE •šCE] Ÿ}v• u] o • v d}hv À EKEÀ}Ç P W
^] }μ]U %oCE]• Ì W



À -ÌÀ}μ• • o o CE P] • }μ • CE •šCE] / Ÿ}v• E K E u v š]CE • W
^] }μ]U %oCE]• Ì W



***Un questionnaire médicale complet vous sera demandé avant le départ.

^] v}vU v}μ• %oCE (CE}v• v}μ• [••μCECE/ (μv À)•μ•]CE Ì(o) %oCE À}š}Ç CE vE μd o o X
E}μ• •}uu • ••}[••μCE D μ CE s]μ v X ^μCE u v U]o v}μ• (CE %o o]•]CE À}μ•
}vš š CE]CE š u v š š } š v]CE μv •}μu]••]}vX

: ψ v P P %oCE v CE • ••μCE v [À}Ç o P Ÿ } v] v š À}CE v μ š } v À}Ç }P μ š }CE]• X
À }μ • v • U }μ À CE š μ CE u] o X

:[%š o • š CE u • š }v]Ÿ}v}v μ %o Ÿ}w v š U %o CE Ÿ]%o Ÿi}v}v š μ À}Ç }P μ w v]š X

:[μ š }CE]• t]v]P} À v š μ CE %b v CE CE]%o Ÿd v • (μCE]u CE š CE]š •] u }

^] P v š μ CE W

š W