



Email: info@africavoyages.co.bw • res1@africavoyages.co.bw • www.africavoyages.info

QUESTIONNAIRE CLIENT – Ce document nous doit être retourné à la suite de la confirmation de votre voyage. S’il vous plait, prenez quelques minutes pour remplir ce questionnaire, qui sera envoyé aux prestataires inclus dans votre itinéraire, de façon à ce qu’ils vous connaissent un peu mieux et prennent connaissance de ce que vous recherchez, préférez, aimez ou n’aimez pas, etc ... pendant votre séjour. Nous vous garantissons que ces informations restent confidentielles et seront utilisées seulement pour ces raisons. S’il vous plait remplissez un questionnaire par personne, et renvoyez le par email à Africa Voyages.

NOM DE CONSULTANT:	
NOM DE VOTRE RESERVATION:	
NOM ET PRENOM (Comme sur votre Passeport):	NOM ET PRENOM (Comme sur votre Passeport):
DETAILS DE PASSEPORT	DETAILS DE PASSEPORT
Numéro de passeport:	Numéro de passeport:
Nationalité:	Nationalité:
Date d’émission:	Date d’émission:
Date d’expiration: <i>(Min 6 mois de la fin de la date de voyage)</i>	Date d’expiration: <i>(Min 6 mois de la fin de la date de voyage)</i>
Date de naissance:	Date de naissance:
DETAILS D’ARRIVEE ET DE DEPART (Min 2-3hrs pour les correspondances internationales)	DETAILS D’ARRIVEE ET DE DEPART (Min 2-3hrs pour les correspondances internationales)
Aéroport et date du vol d’ arrivée	Aéroport et date du vol d’ arrivée
Compagnie aérienne :	Compagnie aérienne :
Numéro du vol:	Numéro du vol:
Heure d’arrivée :	Heure d’arrivée :
Aéroport et date du vol de départ	Aéroport et date du vol de départ
Compagnie aérienne :	Compagnie aérienne :
Numéro du vol:	Numéro du vol:
Heure de départ	Heure de départ
DETAILS D’ASSURANCE VOYAGE/ MEDICALE ETC.	DETAILS D’ASSURANCE VOYAGE/ MEDICALE ETC.
Nom de la Société d’assurance:	Nom de la Société d’assurance:
24/24 Contacte d’urgence et code du pays :	24/24 Contacte d’urgence et code du pays :
Numéro de contrat	Numéro de contrat

P. O. Box HA 59 HAK, Maun, Botswana
 Plot 529, Mophane Ave, Maun, Botswana
 Tel: (+267) 686 5117 • 72 70 27 11 •



Email: info@africavoyages.co.bw • res1@africavoyages.co.bw • www.africavoyages.info

LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE	LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE
Nom et Relation (Parent/Relative):	Nom et Relation (Parent/Relative):
Contacte et Code du pays:	Contacte et Code du pays:
AUTRES DETAILS IMPORTANTS	AUTRES DETAILS IMPORTANTS
Votre adresse email :	Votre adresse email :
Condition Médicale: (Munissez vous de vos médicaments dans votre bagage à main)	Condition Médicale: (Munissez vous de vos médicaments dans votre bagage à main)
Votre profession	Votre profession
Régime alimentaire, gluten intolérant, veg. etc.:	Régime alimentaire, gluten intolérant, veg. etc.:
Boissons de préférence:	Boissons de préférence:
Votre poids: Pour l'organisation des vols en avion taxi	Votre poids: Pour l'organisation des vols en avion taxi
Chambre de préférence (lits jumeaux/double, triple etc)	Chambre de préférence (lits jumeaux, double, triple etc)
Le nom de la personne avec qui vous partager votre hébergement	Le nom de la personne avec qui vous partager votre hébergement
Il y a-t-il une occasion spéciale lors de votre séjour	Il y a-t-il une occasion spéciale lors de votre séjour
Avez-vous des intérêts spécifiques lors de votre safari :	Avez-vous des intérêts spécifiques lors de votre safari :

Il reste la responsabilité du client, de prendre en charge les procédures, règlements etc... avant la confirmation du voyage, et de rester attentive aux règles du pays concernant les vaccinations, passeport, visa et d'exigences en matière d'assurance et obtenir les documents nécessaires pour entrer dans un pays.

Signature du Client _____ Date _____