

Veillez compléter ce formulaire et nous le faire parvenir par fax ou par la poste avec votre paiement (un seul formulaire par participant).

**1- INSCRIPTION DU PARTICIPANT**

Veillez écrire en lettres majuscules. Merci - Les informations avec un \* sont obligatoires

Mme.  Mlle.  M.

NOM DE FAMILLE *		PRÉNOM (S) *	
TITRE			
ORGANISATION			
ADRESSE *			
VILLE *		CODE POSTAL *	
PROVINCE/ÉTAT		PAYS *	
TÉLÉPHONE	POSTE	FAX	COURRIEL
RESTRICTIONS ALIMENTAIRES			

**2- BESOINS ACCESSIBILITÉ**

(Veillez cocher tous les choix applicables) - Veillez cocher ✓

<b>Quand vous assisterez à la conférence Vision 2008 :</b>			
Aurez-vous besoin d'une chaise roulante ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Serez-vous accompagné(e) d'un chien-guide ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Aurez-vous besoin d'un guide voyant ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Désirez-vous les services professionnels d'un interprète adapté ?		<input type="checkbox"/> Oui - Veillez spécifier	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Gestuel ASL	<input type="checkbox"/> Gestuel LSQ	<input type="checkbox"/> Tactile
Désirez-vous obtenir l'information sur le congrès dans un média substitut ?		<input type="checkbox"/> Oui - Veillez spécifier	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> CD Audio	<input type="checkbox"/> Braille	<input type="checkbox"/> Gros caractères (14pt)	<input type="checkbox"/> Etexte

**3- VISION 2008 FRAIS D'INSCRIPTION**

(voir Programme Préliminaire pour les détails au complet)

En dollars Canadiens seulement - (\*\*) Les tarifs réduits seront appliqués seulement à la réception du paiement complet avant les dates limites indiquées.

		Jusqu'au 29 février 2008**	Jusqu'au 1er juin 2008**	Après le 1er juin 2008	
FM	Membre ISLRR	CAD 700	CAD 800	CAD 850	
FNM	Non-membre	CAD 800	CAD 900	CAD 950	
FMS	Étudiant : Membre ISLRR	CAD 240	CAD 285	CAD 315	
FS	Étudiant : Non-membre ISLRR	CAD 275	CAD 325	CAD 350	
International Society for Low Vision Research and Rehabilitation (ISLRR) # Membre _____				<b>Sous-total 1</b>	

**4- FRAIS D'INSCRIPTION ACCOMPAGNANTS**

		Jusqu'au 29 février 2008**	Jusqu'au 1er juin 2008**	Nombre de personnes	
FA	Accompagnants	CAD 125	CAD 150	X _____ pers	
				<b>Sous-total 2</b>	

Nom de famille des accompagnant(s)	Prénom(s)	Restrictions alimentaires
1-		
2-		
3-		

**5- VISITES TECHNIQUES- 9 JUILLET 2008- 13:30**

(Inclus dans les frais d'inscription du participant et accompagnants- voir programme préliminaire pour détails complets)

	Délégué	Personne Accomp. 1	Personne Accomp. 2	Personne Accomp. 3	
TV1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INLB (Institut Nazareth et Louis-Braille)
TV2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BANQ (Bibliothèque et Archives nationales du Québec)
TV3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centre Michel-Mathieu
TV4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Fondation MIRA
TV5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	École d'optométrie, Université de Montréal
TV6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAB-Mackay Centre de Réadaptation

**6- ACTIVITÉS SOCIALES**

(Voir Programme Préliminaire pour plus de détails)

GALA	Soirée de gala jazz	10 juillet - 19:00	CAD 100	x _____ pers	
SL	Croisière sur le fleuve Saint-Laurent	11 juillet - 13:30	CAD 100	x _____ pers	
T1	Visite au Jardin botanique, au Biodôme..	7 juillet - 09:00	CAD 70	x _____ pers	
T2	La découverte des Laurentides	8 juillet - 9:00	CAD 125	x _____ pers	
T3	Visite à pied du Vieux-Montréal historique	6 juillet - 11:00	CAD 60	x _____ pers	
T4X2 T4X1	Charlevoix, terre de nature et de culture	12 au 14 juillet - 8:00	Par pers. /occupation double CAD 1122 Par pers. /occupation simple CAD 1415	x _____ pers x _____ pers	
				<b>Sous-total 3</b>	

\* Toutes taxes applicables incluses. **Grand total à payer\***  
(Total des sous-totaux 1+2+3)

<b>Veillez réécrire les renseignements suivants :</b>	
NOM DE FAMILLE *	PRÉNOM(S) *

**7 - PAIEMENT**  
Tous les paiements sont en Dollars Canadiens- L'inscription sera valide sur réception du paiement complet au Secrétariat de Vision 2008.

**Veillez cocher** ✓

**VIREMENT BANCAIRE**  
**Note: Si vous comptez payer par virement bancaire, veuillez ajouter un montant de CAD 25 \$ à la somme totale due pour assurer les frais administratifs bancaires.**

Institution Caisse Centrale Desjardins, Montréal, Canada  
 Swift CCDQCAMM  
 Transit 815  
 Succursale 30240  
 Compte 00808949  
 Bénéficiaire VISION 2008 / OPUS3

**CHÈQUE** : Libellé à VISION 2008 / OPUS3 INC.

**CARTE DE CRÉDIT**       Visa       MasterCard      **Grand total à payer:** \$

Numéro de carte: _ _ _ _ _	Date d'expiration (mm/aa): _ _ / _ _
----------------------------	--------------------------------------

Nom du détenteur (Imprimez s.v.p.):	Signature:
--	------------

**POLITIQUES D'ANNULATION**

Toute demande d'annulation d'inscription à la conférence Vision 2008 doit être transmise par écrit au Secrétariat.

**Remboursement des frais d'inscription**

- Des frais de 20% du montant total seront perçus sur toutes les demandes de remboursement des frais d'inscription reçues avant le 7 juin 2008 (23 h 59, heure de Montréal).
- Aucun remboursement ne sera octroyé après le 8 juin 2008 (00:00, heure de Montréal).

**Remboursement des frais d'inscription aux activités sociales et aux excursions**

Aucun remboursement ne sera octroyé à moins d'annulation de l'activité par les organisateurs.

**Note:** Aucun remboursement ne sera traité sur les lieux de la conférence.

**FACTURATION**

**Si l'adresse de facturation est différente de celle du participant, veuillez compléter l'information ci-dessous et envoyer cette page avec le formulaire d'inscription.**

NOM DE FAMILLE DU PARTICIPANT		PRÉNOM(S) DU PARTICIPANT	
<b>INFORMATION DE FACTURATION</b>			
ORGANISATION			
NOM DE FAMILLE DE LA PERSONNE CONTACT **		PRÉNOM(S) *	
ADRESSE *			VILLE *
PROVINCE/ÉTAT	CODE POSTAL *	PAYS *	
TÉLÉPHONE	POSTE	FAX	COURRIEL

**Veillez retourner votre formulaire d'inscription avec votre paiement au:**

Secrétariat VISION 2008 – a/s Opus 3 inc.  
417 rue Saint-Pierre, Bureau 203  
Montréal, Québec, Canada - H2Y 2M4

**Pour plus d'information :**

Tel. +1 514 395-1808  
 Fax +1 514 395-1801  
 Inscription: [vision2008-reg@opus3.com](mailto:vision2008-reg@opus3.com)  
 Informations- générales: [vision2008@opus3.com](mailto:vision2008@opus3.com)  
<http://www.vision2008.ca>