

COURSE NAOMI BAN 2017

FORMULAIRE D'INSCRIPTION HORS LIGNE

380, rue St-Antoine O., bureau 3120
 Montréal (Québec) H2Y 3X7
 marchecontrela douleur.ca
 1.800.321.1433

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

☐ M. ☐ Mme ☐ Dr Prénom : _____ Nom : _____ Courriel : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____ Téléphone : _____
☐ Montréal ☐ Québec Sexe : ☐ Femme ☐ Homme Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Je souffre d'arthrite (facultatif)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPE

Type d'équipe : ☐ Organisation ☐ Amis et famille ☐ Jeunesse Nom de l'équipe : _____
 Nom du capitaine d'équipe : _____ Lieu de Marche de l'équipe : _____

FRAIS D'INSCRIPTION (un formulaire par participant)

Étudiant ou adulte - 5 - 10 km de course

☐ *Frais d'inscription : 40 \$

J'aimerais payer mes frais d'inscription sans suivre le programme d'entraînement et de préparation au 10 km de course. Maillot de course inclus.

☐ Récoltez 200 \$ en dons pour une exonération des frais d'inscription

J'aimerais recueillir au moins 200 \$ en dons, sans avoir à payer de frais d'inscription, et suivre le programme d'entraînement et de préparation au 10 km de course. Maillot de course inclus.

☐ * Je veux suivre le programme d'entraînement et les séances de motivation – 25 \$

Apportez ce formulaire aux INSCRIPTIONS le jour de l'événement.

* Les frais d'inscription ne sont pas remboursables ni déductibles d'impôt.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT

☐ Chèque (à l'ordre de la Société de l'arthrite) ☐ Espèces Montant en dollars \$

☐ N° de carte de crédit

Date d'expiration

Nom du titulaire de la carte

X
 Signature du titulaire de la carte

RENONCIATION, EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ ET CONVENTION D'INDEMNISATION (veuillez lire et signez ci-dessous)

Remarque : Le masculin est utilisé pour faciliter la lecture.

FORMULAIRE DE RENONCIATION : formulaire de renonciation et d'exonération de responsabilité et convention d'indemnisation dans le cadre de la Marche contre la douleur. Lire attentivement. En considération de l'acceptation de ma demande et de mon inscription en tant que participant à la Marche contre la douleur 2016 au bénéfice de la Société de l'arthrite, je reconnais par la présente et j'accepte en tant que participant et en tant que parent ou tuteur des participants mineurs identifiés ci-dessous, ainsi qu'au nom de nos héritiers, administrateurs et exécuteurs respectifs de dégager de toute responsabilité la Société de l'arthrite ainsi que toute autre organisation, organisme d'accréditation et société commanditaire à l'égard de toute cause d'action, action, poursuite, réclamation ou demande de dommages-intérêts, responsabilités, indemnités, dépenses, frais d'intérêts et autres frais, y compris les frais juridiques, relativement à toute blessure, toute perte ou tout dommage de quelque nature que ce soit, subis par ma personne ou ma propriété ou les participants mineurs identifiés ci-dessous ou leur propriété, peu importe la cause, résultant de notre participation à la Marche contre la douleur comme spectateur ou participant. Je garantis que moi-même et chacun des participants mineurs identifiés ci-dessous sommes physiquement aptes et avons la forme physique voulue pour participer à la Marche contre la douleur. Je reconnais avoir attentivement lu le présent formulaire de renonciation et d'exonération de responsabilité et convention d'indemnisation et avoir pleinement compris ses modalités. Je comprends qu'en y apposant ma signature, je renonce à des droits importants et je l'ai signé librement et sans qu'aucune incitation, assurance ou garantie ne me soient proposées. Ma signature équivaut à un dégagement complet et inconditionnel de toute responsabilité, dans toute la mesure permise par la loi. Je m'engage de plus à permettre à la Société de l'arthrite d'utiliser toute photographie ou vidéo de moi ou des mineurs identifiés ci-dessous prise au cours de notre participation à la Marche contre la douleur. La Société de l'arthrite peut aussi utiliser ces photographies ou vidéos dans tout média, document de communication, site Web, promotion spéciale et territoire de temps à autre, et ce, tant que la Société de l'arthrite considère cette utilisation comme appropriée. Tous les renseignements personnels divulgués dans le présent formulaire sont traités de manière confidentielle. Nous utiliserons vos renseignements personnels pour répondre à toute demande que vous nous avez faite, vous parler de nos programmes et services et vous demander votre appui financier.

☐ Oui, j'aimerais recevoir des communications électroniques de la Société de l'arthrite.

Date

Nom du participant (en caractères d'imprimerie)

Nom du parent ou du tuteur (si le participant a moins de 18 ans)
 (en caractères d'imprimerie)

Signature du participant ou du parent ou tuteur
 (si le participant a moins de 18 ans)

PARTICIPANT INFORMATION

☐ Mr. ☐ Mrs. ☐ Ms. ☐ Dr. First Name: _____ Last Name: _____ Email: _____
 Address: _____
 City: _____ Province: _____ Postal Code: _____ Phone: _____
☐ Montreal ☐ Quebec Gender: ☐ Female ☐ Male Language Preference: ☐ French ☐ English ☐ I have Arthritis (optional)

TEAM INFORMATION

Team Type: ☐ Corporate ☐ Friends & Family ☐ Youth Team Name: _____
 Team Captain's Name: _____ Team Location: _____

PARTICIPATION FEE OPTIONS (one form per participant)

Student and Adult

☐ *Registration Fee: \$40

I would like to pay my registration fee. I will not follow the training program in preparation for the 10 km run. Running jersey included.

☐ Collect \$200 in donations for an exemption of registration fee

I would like to waive my registration fee by raising at least \$200 in donations and I will follow the training program in preparation for the 10 km run. Running jersey included.

☐ * I would like to follow the training program: \$25

Bring this form to REGISTRATON on Walk day.

**Participation fee is non-refundable and does not qualify for a tax receipt.*

PAYMENT INFORMATION

☐ Cheque (Payable to The Arthritis Society) ☐ Cash Amount \$

☐ Credit Card #

Expiry

Cardholder's Name

X

Cardholder's Signature

RELEASE, WAIVER OF LIABILITY, INDEMNITY AND CONSENT AGREEMENT (Please read and sign below)

RELEASE, WAIVER OF LIABILITY, INDEMNITY AND CONSENT AGREEMENT: Walk to Fight Arthritis Release, Waiver of Liability, Indemnity and Consent Agreement. Read Carefully. In consideration of the acceptance of my application and of my registration as an entrant in the 2016 Walk to Fight Arthritis in support of The Arthritis Society, I, acknowledge and agree as a participant on my own behalf and/or as the parent or guardian of the minor aged participant identified below, and for our respective heirs, administrators and executors, hereby waive, release, discharge and hold harmless The Arthritis Society and all other organizations, sanctioning bodies and sponsoring companies from any and all causes of actions, actions, suits, claims and demands for damages, liability, indemnity, expenses, interest fees and costs, including legal fees in respect to injury, loss or damage of every nature and kind to my or the minors listed below, person or property, however caused, resulting from our participation in the Walk to Fight Arthritis whether as a spectator or participant. I warrant that I and each of the minors identified below are physically fit and in the proper physical condition to participate in the Walk to Fight Arthritis. I acknowledge that I have carefully read this Release, Waiver of Liability, Indemnity and Consent Agreement, fully understand its terms without reservation, understanding that I have given up substantial rights by signing it, and have signed it freely and voluntarily without inducement, assurance or guarantee being made to me and intend my signature to be a complete, final and unconditional release of all liability to the greatest extent allowed by law. I further agree to permit The Arthritis Society to use any photographs and/or video of me or the minors identified below taken in the course of our participation in the Walk to Fight Arthritis event, and for The Arthritis Society to use these photographs and/or video in any media, communications materials, website, special promotions and territory from time to time and for as long as The Arthritis Society may consider appropriate. All personal information disclosed on this form is treated as confidential. We will use your personal information to: fulfill any requests you've made of us, tell you about our programs and services, and ask for your financial support.

☐ Yes, I would like to receive email communications from The Arthritis Society.

Date

Name of participant (print)

Name of parent/guardian (print)
 (if participant is under 18 years)

Participant signature or parent/guardian signature
 (if participant is under 18 years)