Société Arthrite

Marche de l'arthrite

FORMULAIRE D'INSCRIPTION HORS LIGNE

Société de l'arthrite
393, avenue University, bureau 1700, Toronto (Ontario) M5G 1E6 | marchedelarthrite.ca | 1.855.825.9255

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

❑ M. ❑ Mme ❑ Dr ❑ Dre Prénom : _____ Nom : _____ Courriel : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Lieu de Marche : _____ Sexe : ❑ Femme ❑ Homme Langue : ❑ Français ❑ Anglais ❑ J'ai l'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 : _____

DROITS D'INSCRIPTION (un formulaire par participant)

Enfant ❑ **Gratuit pour les moins de 12 ans**
*Un don serait grandement apprécié.

Jeune / Aîné ❑ **Récoltez 60 $ pour une exonération des droits d'inscription.**
❑ Droits d'inscription de 10 $** (de 13 à 18 ans / 65 ans et +)

Adulte ❑ **Récoltez 100 $ pour une exonération des droits d'inscription.**
❑ Droits d'inscription de 25 $** (19 ans et plus)

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

***Les droits d'inscription ne sont ni 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 __ __ / __ __

_____ X _____

Nom du titulaire de la carte **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 de l'arthrite. Lire attentivement. En considération de l'acceptation de ma demande et de mon inscription en tant que participant à la Marche de l'arthrite 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 de l'arthrite 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 de l'arthrite. 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 de l'arthrite. 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) _____