

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)

Course - Adulte (19 ans et +) : payer les droits d'inscription - 40 \$
 Adulte (19 ans et +)
Course - Adulte : exemption des droits d'inscriptions - Je m'engage à récolter 200 \$
 J'aimerais recueillir des fonds et ne pas payer mes droits d'inscriptions pour la Marche de l'arthrite.
Course - Jeune (13 à 18 ans) : payer les droits d'inscriptions - 20 \$
 J'aimerais payer mes droits d'inscriptions. (Une fois payé, ce montant n'est ni remboursable ni transférable, et aucun reçu fiscal ne peut être produit pour celui-ci.)
Course - Jeune : exemption des droits d'inscriptions - Je m'engage à récolter 100 \$
 J'aimerais recueillir des fonds et ne pas payer mes droits d'inscriptions pour la Marche de l'arthrite.
Course - Enfant (12 ans et moins) : gratuit
 Enfant (12 ans et moins)
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 Espèces Montant en dollars \$
 (à l'ordre de la Société de l'arthrite)
 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 signer 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) Signature du participant ou du parent ou tuteur
 (en caractères d'imprimerie) (si le participant a moins de 18 ans)