

FORMULAIRE D'INSCRIPTION/REGISTRATION FORM

Noms/Name: _____

5 km COURSE 20\$: 5 km MARCHE 20\$: 5 km ENFANTS 12 ≤ 10\$: 2.5 km COURSE 20\$: 2.5 km MARCHE 20\$: 2.5 km ENFANTS 12 ≤ 10\$: 6 an ≤ GRATUIT:

Adresse courriel/ Email address: _____

Téléphone /Telephone: _____ Code postale/postal code: _____

Comment est ce que vous avez entendu du événement?/How did you hear of this event?:
_____Nom et téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence médicale /Name and number of contact person in case of emergency:

Quelle est votre taille de t-shirt?*/ What is your t-shirt size?*

Hommes-Men Small Medium Large X-Large 2x-large Femmes-Women x-small Small Medium Large X-Large Jeunesse-Youth Small Medium Large X-Large ***Afin d'obtenir un t-shirt, l'inscription doit être présentée au plus tard le 6 août, 2014.****To obtain a t-shirt, registration must be submitted by August 6th, 2014.**

Décharge et désistement de responsabilité

Comme condition pour participer à la "Sanavita 5K Course/Marche" par Sanavita (ci-après nommé « Épreuve ») je, en mon nom et au nom de toute personne mineure ou tierce partie pour laquelle j'agis, renonce et donne quittance en faveur de QSM Group, Sanavita, Sports Experts 559/465/872, Atmosphere 586, Nevada Bobs 559/872/3000, QSM Group et toute entité affiliée ou liée, leurs administrateurs, officiers, employés, mandataires, représentants, commanditaires, entraîneurs, bénévoles et organisateurs (ci-après nommés « Organismateurs d'épreuves »), de toute responsabilité ou réclamation, présente ou future, de quelque nature qu'elle soit, connue ou inconnue, découlant de notre participation à cette épreuve ou aux activités connexes.

Je suis conscient que la participation aux épreuves de conditionnement physique est une activité qui peut être potentiellement dangereuse et je consens à ne pas y participer si je ne suis pas physiquement ou médicalement apte et préparé adéquatement. Je reconnais que je suis le seul responsable de ma santé médicale, et que ma condition ne requiert pas l'approbation de mon médecin pour participer à l'épreuve. Je m'engage à obtenir l'approbation de mon médecin si cela s'avère nécessaire, et à transmettre cette information aux Organismateurs d'épreuves avant l'épreuve.

Nous convenons que a) les Organismateurs d'épreuves ne seront pas tenus responsables pour tout dommage corporel, tout décès ou perte matérielle, et nous donnons quittance en faveur des Organismateurs d'épreuves et renonçons à toute réclamation en cette matière à leur égard, et b) nous exonérons de toute responsabilité et indemnités les Organismateurs d'épreuves, de toute responsabilité pour tout dommage matériel ou dommage corporel subi par une tierce partie résultant de ma participation à cette épreuve. Nous donnons la permission aux Organismateurs d'épreuves d'utiliser ou d'autoriser d'autres personnes à utiliser nos renseignements personnels, incluant mais sans être limité à toute photographie, image ou compte-rendu de notre participation à cette épreuve ou aux activités connexes, sans qu'une rémunération ne nous soit donnée.

Event Waiver and Release Form

As a condition of entering the "Sanavita 5 KM Walk/Run" (hereinafter referred to as "Event"), I for myself, any minors, or any third party for whom I am legally entitled to act on their behalf, waive and release QSM Group, Sanavita, Sports Experts 559/465/872, Atmosphere 586, Nevada Bobs 559/872/3000, QSM Group and any other associated or related entities, their directors, officers, employees, agents, representatives, sponsors, volunteers, and organizers (hereinafter referred to as "Event Organizers"), from present and future claims and all liabilities of any kind, known or unknown, arising out of our participation in this Event or related activities.

I acknowledge that participating in physical fitness events is a potentially hazardous activity, and I agree to not participate unless I am medically able and properly prepared. I acknowledge that I am solely responsible for my own medical wellbeing, and that I do not have a condition requiring my physician's approval prior to participation. I undertake to obtain my physician's approval should it be necessary, and will disclose such information to Event Organizers prior to the Event.

We agree that (a) the Event Organizers shall not be liable for any personal injury, death or property loss, and we release the Event Organizers and waive all claims with respect thereto, and (b) to hold harmless and indemnify the Event Organizers, from any and all liability from any property damage or personal injury to any third party resulting from my participation in the Event. We grant permission to Event Organizers to use or authorize others to use our personal information, including but not limited to, any photographs, images or documentation of our participation in this Event without compensation being provided to us.

Nom et prénom du participant (lettres moulées) /Name of participant (please print):

Signature du participant /Signature of Participant: _____

Date: _____