

PARTICIPANT.E			
PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	DATE DE NAISSANCE(MOIS/JOUR/ANNÉE)	
TÉLÉPHONE	COURRIEL	SEXE <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Non spécifié	
ADRESSE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
CHOIX DE L'ACTIVITÉ <input type="checkbox"/> 5 km chronométré <input type="checkbox"/> 2,5km – Familiale (ouvert aux poussettes) <input type="checkbox"/> Visiteur accompagnateur			
CHOIX DE BOÎTE À LUNCH SANTÉ <input type="checkbox"/> Au Poulet <input type="checkbox"/> Végétarienne <input type="checkbox"/> Végane <input type="checkbox"/> Au poulet- Enfant			
Passport vaccinal obligatoire pour les plus de 12 ans.			

LA TENUE DE L'ÉVÉNEMENT EST CONDITIONNELLE AUX RECOMMANDATIONS DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVOLUTION DE LA CRISE SANITAIRE. LES INSCRIPTIONS SONT NON REMBOURSABLES : LA PARTICIPATION SERA REPORTÉE À L'ÉDITION ULTÉRIEURE.

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
PRÉNOM ET NOM	TÉLÉPHONE
COURRIEL	
VEUILLEZ INDIQUER SI VOUS AVEZ UN PROBLÈME DE SANTÉ CONNU	PARTICIPEREZ-VOUS À L'AIDE D'UN FAUTEUIL ROULANT: <input type="checkbox"/> OUI

Formulaire de renonciation, de libération et d'indemnisation

En contrepartie de l'acceptation de ma demande et de l'autorisation qui m'est accordée de participer à titre de participant au Parcours champêtre 2021 de La Fondation Armand-Frappier, JE LIBÈRE ET DÉGAGE POUR TOUJOURS, en mon nom et au nom de mes héritiers, exécuteurs, administrateurs, successeurs et ayants droit, La Fondation Armand-Frappier et leurs administrateurs respectifs, la Ville de Laval, le Centre Armand-Frappier Santé Biotechnologie de l'INRS et tous les autres organismes d'accréditation, toutes les autres associations et entreprises commanditaires, de même que tous les représentants, successeurs et ayants droit DE TOUTES réclamations, demandes, dépenses, actions, causes d'action, de tous dommages et coûts, en droit ou en équité, advenant mon décès ou par suite de toute blessure, perte ou de tout dommage que je pourrais subir ou survenant à mes biens, par suite de ma participation à l'événement, soit à titre de spectateur, de participant ou autrement, soit avant, durant ou après l'événement ET NONOBTANT que la négligence de celui-ci ait pu y contribuer ou y ait occasionné.

J'accepte de permettre l'utilisation de photographies de moi prises par les organisateurs, durant et après la course à des fins promotionnelles futures. DE PLUS, JE M'ENGAGE À INDEMNISER tous les précités de toute responsabilité encourue par l'un d'entre eux ou tous en raison de ma participation audit événement ou en rapport avec celle-ci. EN SOUMETTANT CE FORMULAIRE, JE RECONNAIS AVOIR LU, COMPRIS ET ACCEPTÉ LA RENONCIATION, LIBÉRATION ET INDEMNISATION CI-DESSUS. Je GARANTIS avoir la forme physique pour participer à cet événement.

JE RECONNAIS AVOIR LU, COMPRIS ET ACCEPTÉ LA RENONCIATION, LIBÉRATION ET INDEMNISATION CI-DESSUS, APPLICABLE POUR MOI ET L'ENSEMBLE DES MEMBRES DE MA FAMILLE.

Enregistrez le formulaire avec vos informations et retournez-le à l'attention de
Emilie.boissonneault@fondationfrappier.ca

Nous vous remercions d'appuyer la mission de la Fondation Armand-Frappier!
[Je désire faire un don en appui au développement de la recherche en santé](#)

FEUILLET POUR INSCRIPTIONS - MEMBRES DE LA FAMILLE –PASSEPORT VACCINAL OBLIGATOIRE (+ de 12 ans)

PARTICIPANT.E SUPPLÉMENTAIRE - 1

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	DATE DE NAISSANCE(MOIS/JOUR/ANNÉE)	
TÉLÉPHONE(si différent)	COURRIEL	SEXE <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Non spécifié	
ADRESSE (si différente)	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
CHOIX DE L'ACTIVITÉ <input type="checkbox"/> 5 km chronométré (Médaille, T-shirt et repas inclus) – 60\$ <input type="checkbox"/> 2,5km – Familiale (T-shirt et repas inclus) - 50\$ <input type="checkbox"/> Visiteur accompagnateur (Repas inclus) – 40\$			
CHOIX DE BOÎTE À LUNCH SANTÉ <input type="checkbox"/> Au Poulet <input type="checkbox"/> Végétarienne <input type="checkbox"/> Végane <input type="checkbox"/> Au poulet- Enfant			

PARTICIPANT.E SUPPLÉMENTAIRE - 2

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	DATE DE NAISSANCE(MOIS/JOUR/ANNÉE)	
TÉLÉPHONE(si différent)	COURRIEL	SEXE <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Non spécifié	
ADRESSE (si différente)	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
CHOIX DE L'ACTIVITÉ <input type="checkbox"/> 5 km chronométré (Médaille, T-shirt et repas inclus) – 60\$ <input type="checkbox"/> 2,5km – Familiale (T-shirt et repas inclus) - 50\$ <input type="checkbox"/> Visiteur accompagnateur (Repas inclus) – 40\$			
CHOIX DE BOÎTE À LUNCH SANTÉ <input type="checkbox"/> Au Poulet <input type="checkbox"/> Végétarienne <input type="checkbox"/> Végane <input type="checkbox"/> Au poulet- Enfant			

PARTICIPANT.E SUPPLÉMENTAIRE - 3

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	DATE DE NAISSANCE(MOIS/JOUR/ANNÉE)	
TÉLÉPHONE(si différent)	COURRIEL	SEXE <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Non spécifié	
ADRESSE (si différente)	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
CHOIX DE L'ACTIVITÉ <input type="checkbox"/> 5 km chronométré (Médaille, T-shirt et repas inclus) – 60\$ <input type="checkbox"/> 2,5km – Familiale (T-shirt et repas inclus) - 50\$ <input type="checkbox"/> Visiteur accompagnateur (Repas inclus) – 40\$			
CHOIX DE BOÎTE À LUNCH SANTÉ <input type="checkbox"/> Au Poulet <input type="checkbox"/> Végétarienne <input type="checkbox"/> Végane <input type="checkbox"/> Au poulet- Enfant			

Compte tenu des restrictions sanitaires, nous autorisons seulement l'inscription supplémentaire de 3 membres de la famille des Professeur.es ou employé.es de l'INRS.

PAIEMENT

TYPE DE CARTE <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard	NUMÉRO DE CARTE	DATE D'EXPIRATION	CODE CVV
NOM DU TITULAIRE DE LA CARTE TEL QU'IL APPARAÎT			
ADRESSE DE FACTURATION POUR LA CARTE DE CRÉDIT			