

NOM DU PARENT OU RÉPONDANT

NOM : _____

☎ MAISON : _____ ☎ TRAVAIL : _____

ADRESSE : _____

@ : _____

CODE POSTAL : _____

INSCRIPTION MEMBRE 1

NOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : M F

ACTIVITÉ (titre en lettres moulées) JOUR HEURE COÛT (A)

ACTIVITÉ (titre en lettres moulées) JOUR HEURE COÛT (B)

INSCRIPTION MEMBRE 2

NOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : M F

ACTIVITÉ (titre en lettres moulées) JOUR HEURE COÛT (C)

ACTIVITÉ (titre en lettres moulées) JOUR HEURE COÛT (D)

INSCRIPTION MEMBRE 3

NOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : M F

ACTIVITÉ (titre en lettres moulées) JOUR HEURE COÛT (E)

ACTIVITÉ (titre en lettres moulées) JOUR HEURE COÛT (F)

INSCRIPTION MEMBRE 4

NOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : M F

ACTIVITÉ (titre en lettres moulées) JOUR HEURE COÛT (G)

ACTIVITÉ (titre en lettres moulées) JOUR HEURE COÛT (H)

COÛT TOTAL (A + B + C + D + E + F + G + H) : _____ \$

1^{er} versement : _____ \$ Chèque

2^e versement : _____ \$ Argent

Numéro de la carte : _____ Visa

Date d'expiration : _____ Mastercard

Numéro de vérification (CVV) : _____

CONDITIONS D'INSCRIPTION :

- Deux versements sont acceptés si le total des inscriptions est supérieur à 150 \$. Le premier versement est en date du jour de l'inscription. Le second doit être daté 30 jours plus tard.
- J'ai lu et j'accepte toutes les clauses inscrites aux politiques en vigueur, c'est-à-dire la politique d'inscription et la politique de remboursement.
- J'autorise le SLCVC à utiliser, à des fins promotionnelles, des photos sur lesquelles moi ou des membres de ma famille apparaissent.

CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS :

La Ville de Sainte-Marie s'engage à ne partager vos informations personnelles avec aucune autre organisation. Quant aux renseignements figurant sur votre carte de crédit, ils seront détruits dès que l'inscription aura été traitée et confirmée par la compagnie Paysafe qui est spécialisée dans le paiement en ligne sécurisé.

FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET D'ACCEPTATION DES RISQUES

JE RECONNAIS qu'il est de ma responsabilité de :

- Respecter les règles, règlements et façons de faire applicables aux activités auxquelles je participe, et ce, dans le but de diminuer le plus possible les risques de dommages corporels et matériels;
- Transmettre à l'intervenant responsable toute information pouvant être liée à ma participation aux activités;
- Ne pas aller au-delà de mes capacités et aviser l'intervenant de tout malaise, douleur ou symptôme ressentis pendant ou après une activité ou un exercice.
- Je suis informé que je peux cesser ma participation à un exercice ou à une activité si je ne me sens pas bien et que le spécialiste peut me demander d'arrêter et de me reposer s'il remarque des signes d'épuisement qu'il juge anormaux.
- Je sais, de plus, que je peux soumettre mes interrogations concernant non seulement les risques, mais également les services, installations, équipements, appareils et tout le matériel mis à ma disposition.

JE RECONNAIS avoir pris connaissance des risques et conditions énumérés dans le présent formulaire et je déclare être apte à entreprendre le programme **EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE**.

Il est de votre responsabilité de vous assurer que votre condition physique ou celle du membre de votre famille que vous inscrivez permet la pratique de l'activité retenue ou des activités retenues.

SIGNATURE : _____

DATE : _____