

Coordonnées et renseignements personnels			
Nom de famille		Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> Femme / <input type="checkbox"/> Homme
N° et nom de rue		Ville	Province Code postal
N° de téléphone (domicile) ()	N° de téléphone (cellulaire) ()	N° de téléphone (travail) ()	
Adresse électronique		Date de naissance (JJ/MM/AA) (/ /)	
Numéro d'étudiant/d'employé	Numéro carte santé	Autre pièce d'identité	

Urgence – Personne-ressource			
Nom de famille		Prénom	Lien de parenté
N° de téléphone (domicile) ()	N° de téléphone (cellulaire) ()	N° de téléphone (travail) ()	

Activités	
Année	Session <input type="checkbox"/> Automne <input type="checkbox"/> Hiver <input type="checkbox"/> Printemps/été
Sports intra-muros <input type="checkbox"/> hockey-balle <input type="checkbox"/> Volleyball	Sports extra-muros <input type="checkbox"/> hockey sur glace
Conditionnement physique <input type="checkbox"/> Forfait conditionnement physique	Autre (Spécifier)

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DE RENONCIATION – SVP LIRE ATTENTIVEMENT

JE COMPRENDS que mon utilisation des installations et services ainsi que ma participation aux activités et aux programmes offerts par l'Association étudiante de La Cité collégiale inc. (AELCC) et de La Cité collégiale (LCC) peuvent comporter certains risques et dangers pour ma santé et **J'ASSUME** l'entière responsabilité pour tout préjudice personnel ou corporel, décès ou dommage découlant de mon utilisation et de ma participation. Ces risques ou dangers comprennent entre autres tout préjudice, perte financière ou maladie découlant de l'utilisation, du mauvais usage ou du mauvais fonctionnement des installations ou de l'équipement. Ma participation aux activités et aux programmes peut comporter d'autres risques ou une détérioration de ma santé et de mon bien-être. **INITIALES** : _____

J'ACCEPTÉ la responsabilité d'aviser mon médecin de mon utilisation des installations et services ainsi que de ma participation aux activités et aux programmes et d'obtenir des couvertures d'assurance suffisantes pour les soins médicaux et dentaires ainsi que les soins liés à un accident, et toute autre protection nécessaire. **INITIALES** : _____

JE M'ENGAGE à informer l'AELCC de tout malaise, douleur ou autre symptôme que je pourrais ressentir lors d'une activité ou d'un programme ou lors de mon utilisation des installations et services; je m'engage également à cesser volontairement ou sur demande l'activité, le programme ou l'utilisation des installations ou services. **INITIALES** : _____

EN CONTREPARTIE de mon utilisation des installations et services et/ou de ma participation aux activités et programmes offerts par l'AELCC et LCC, **JE LIBÈRE** l'AELCC, LCC, leurs administrateurs, leurs employés, étudiants, bénévoles et autres représentants de toute responsabilité, réclamation, demande, poursuite découlant de toute perte, dommage, préjudice ou dépense que je pourrais subir ou que mes proches parents pourraient subir maintenant ou dans le futur à la suite de mon utilisation ou de ma participation. **INITIALES** : _____

ADVENANT MON DÉCÈS OU MON INVALIDITÉ, les dispositions des présentes seront exécutoires pour les héritiers, mes proches parents, mes exécuteurs, ayants droit et mandataires. **INITIALES** : _____

J'AI LU ET JE COMPRENDS LE PRÉSENT DOCUMENT ET J'ACCEPTÉ qu'en signant ce document je renonce à certains droits légaux que mes héritiers, mes proches parents, exécuteurs, ayants droit et mandataires ou moi-même aurions pu détenir contre l'AELCC et/ou LCC. **INITIALES** : _____

JE COMPRENDS qu'aucun remboursement ne sera effectué au-delà de deux (2) semaines après le début de l'activité. **INITIALES** : _____

J'AUTORISE ÉGALEMENT l'AELCC à utiliser les photos prises lors de l'activité à des fins promotionnelles et pour affichage sur son site Internet, et ce, sans rémunération ou dédommagement. **INITIALES** : _____

Ma signature confirme la lecture et la compréhension du consentement éclairé de renonciation ainsi que l'exactitude de mes renseignements personnels.

Signature du participant (ou, si mineur, du parent / tuteur légal)

Date : JJ / MM / AA

ADMINISTRATION SEULEMENT			
Date du paiement (JJ / MM / AA) (/ /)	Mode de paiement Comptant / Débit / Visa / MC	Montant total (\$)	N° du reçu
Date d'expiration (JJ / MM / AA) (/ /)	Nom du préposé		Signature du préposé