



# Formulaire d'inscription – Coyotes



## Coordonnées et renseignements supplémentaires

Nom de famille	Prénom	N° étudiant	Sexe <input type="checkbox"/> Femme / <input type="checkbox"/> Homme
Date de naissance (JJ/MM/AA) ( / / )		N° carte santé (assurance maladie)	Programme d'étude
Adresse (N° et nom de rue)		Ville	Province Code postal
N° de téléphone (domicile) ( )	N° de téléphone (cellulaire) ( )	Courriel	

## Renseignements personnels

Année d'étude complétée à La Cité 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5	Position sur le terrain de jeu	Grandeur (en pied ou en mètres) ____' ____" <b>OU</b> ____ m
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Statut immigrant (formulaire IM1000) <input type="checkbox"/> Étudiant domestique <input type="checkbox"/> Non canadien	Avez-vous déjà participé à un sport <b>intercollégial</b> dans une autre institution post-secondaire ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Nom de l'institution : Nombre d'année :	Quelle est votre ville natale ? Ville : Province : Pays :

## Urgence – Personne-ressource

Nom de famille	Prénom	Lien de parenté
N° de téléphone (domicile) ( )	N° de téléphone (cellulaire) ( )	N° de téléphone (travail) ( )

## Activités

Sport :	BM / SF / SM / VF / VM	150 \$ (par sport)
Sport :	Hockey sur glace	350 \$
<b>Total</b>		

## 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 :** \_\_\_\_\_

**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 de paiement (JJ / MM / AA) ( / / )	Mode de paiement Comptant / Débit / Visa / MC	Montant total (\$)	N° du reçu	Initiales
--	--	--------------------	------------	-----------