



Samedi 21 septembre 2024

Parc Goyette-Hill  
Dès 8 h



## COURSE À RELAIS

Tous les champs marqués d'un\* doivent être remplis.

Nom de l'équipe

### IDENTIFICATION DU CAPITAINE D'ÉQUIPE :

Prénom\*  Nom\*

Courriel\*  Téléphone\*

<i>Mon équipe</i>		
Nom et prénom des quatre participants (deux participants : adultes ou enfants 12 ans + et deux participants : enfants 12 ans -)	Adulte, Enfant (12 ans +)	Enfant (12 ans -)
1.		
2.		
3.		
4.		

Remplir les formulaires d'inscription des participants et les consentements signés pour chaque participant. Merci !

### Information :

Coop gym santé Sutton  
450.538.0313  
coopgymsantesutton.com



**Samedi 21 septembre 2024**

**Parc Goyette-Hill  
Dès 8 h**



## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT COURSE À RELAIS**

En acceptant de nous inscrire et de participer au Défi Sutton Challenge, moi et mes enfants, nous, par la présente, consentons à décharger et à renoncer à tout recours contre la Coop gym santé Sutton, ses administrateurs, employés, bénévoles, commanditaires, partenaires et collaborateurs (ci-appelés les « organisateurs de l'évènement »), de toute responsabilité ou réclamation découlant de notre participation à cet évènement, sur le site, sur le parcours et à tout endroit relié à l'évènement, même si cette responsabilité ou réclamation découle de la négligence ou faute de la part des organisateurs de l'évènement.

Nous sommes conscients que la participation à une épreuve sportive comporte des risques. Nous consentons à ne pas participer si nous ne sommes pas physiquement aptes et bien entraînés. Nous assumons tous les risques associés à l'évènement et ne tiendrons pas les organisateurs de l'évènement responsables de toutes blessures, décès ou pertes matérielles encourus en lien avec notre participation et renonçons à tout recours et toute réclamation contre eux.

Nous donnons la permission aux organisateurs de l'évènement d'utiliser à quelques fins que ce soit toutes les photographies, vidéos ou tout autre compte rendu de notre participation à cette épreuve et ce, sans rémunération.

Nous avons lu cette clause de dégageant de responsabilité, nous en comprenons les termes et les acceptons.

### **ADULTES (2)**

\_\_\_\_\_  
Nom Signature Date

\_\_\_\_\_  
Nom Signature Date

### **ENFANTS (2)**

\_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant Nom du parent Signature Date

\_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant Nom du parent Signature Date

*Merci à nos commanditaires*

