



Samedi 20 septembre 2025

**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 20 septembre 2025

**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 «organiseurs 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 dégageement 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

