



THE CHILDREN'S TREATMENT CENTRE  
LE CENTRE DE TRAITEMENT POUR ENFANTS

*Votre événement à votre façon!*

COMMANDITAIRE PRINCIPAL



COMMANDITAIRE



COMMANDITAIRES DES MÉDIAS



## FEUILLE DE PARTICIPATION

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Age : (en choisir un, SVP)  8 ans et plus  Moins de 18 ans

### Les participants peuvent choisir :

- 1) une activité : vélo ou marche
- 2) leur propre (temps) date et heure entre le 1er juin et le 30 juin 2024.
- 3) leur propre lieu et route à suivre.
- 4) à faire du bicycle ou de marcher seul, avec un membre de la famille ou un ami.

### DÉSISTEMENT

#### PARTICIPANTS DE MOINS DE 18 ANS

Les participants de moins de 18 ans doivent obtenir l'autorisation d'un parent ou d'un tuteur dont la signature apparaîtra plus bas :

Je consens à ce que mon enfant, \_\_\_\_\_, participe aux activités du Cyclethon organisées pour le Centre de traitements pour enfants, y compris la sollicitation de commanditaires, qui auront lieu au cours du mois de juin 2024.

\_\_\_\_\_ NOM DU PARENT/TUTEUR/TUTRICE (en lettres moulées)

En signant ce désistement, je reconnais que le Centre de traitement pour enfants, ses agents ou ses employés ne peuvent être tenus responsables de toute action en poursuite, réclamation ou demande pour des dommages, pertes ou blessures de quelque nature que ce soit qui pourraient survenir lors de la participation de mon enfant aux activités du Cyclethon.

**Je reconnais que les membres du Comité du Centre de traitement pour enfants et du Cyclethon n'ont pas la responsabilité de superviser mon enfant lors de sa participation aux activités du Cyclethon.**

En signant ce formulaire, je reconnais avoir lu, compris et accepté les conditions de ce désistement. Je considère que mon enfant est physiquement apte à participer à cet événement.

Date : \_\_\_\_\_, 2024

\_\_\_\_\_ SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR/TUTRICE

#### PARTICIPANTS ADULTES

À titre de participant(e) aux activités du Cyclethon du Centre de traitement pour enfants, y compris la sollicitation de commanditaires, qui auront lieu au cours du mois de

juin 2024, je \_\_\_\_\_ renonce à toute poursuite, réclamation ou demande pour des dommages, pertes ou blessures de quelque nature que ce soit à l'égard du Centre de traitement pour enfants, de ses mandataires ou de son personnel par suite de préjudices, pertes ou blessures de quelque nature que ce soit qui peuvent survenir lors de ma participation au Cyclethon.

En signant ce formulaire, je reconnais avoir lu, compris et accepté les conditions de ce désistement. Je considère être physiquement apte à participer à cet événement.

Date : \_\_\_\_\_, 2024

\_\_\_\_\_ SIGNATURE DU PARTICIPANT(E)

*La loi concernant la circulation sur les routes exige que tous les cyclistes portent un casque de sécurité dûment approuvé. Nous recommandons que tous les cyclistes adultes portent aussi un casque de sécurité.*

Afin de recevoir un reçu pour fin d'impôt S.V.P. écrivez clairement (en lettres moulées) votre nom et votre adresse complète. Les reçus de 20\$ et plus seront mis automatiquement à la poste

COMMANDITAIRE	ADRESSE (s.v.p. imprimer)	CODE POSTALE	TÉLÉPHONE	MONTANT

(voir la page 2)

