

## Activité YOGA ASHRAE 5 octobre 2017, Montréal

(Un formulaire doit obligatoirement être complété par personne afin de participer à l'évènement YOGA)

Prénom, Nom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Tel: (Rés) \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

1<sup>ère</sup> Personne à contacter en cas d'urgence:

Nom \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> Personne à contacter en cas d'urgence:

Nom \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie du Québec : \_\_\_\_\_

Allergie et autre information sur ma santé qui serait importante en cas d'urgence :

Par les présentes, je dégage formellement l'exécutif du Chapitre de Montréal de l'ASHRAE, ses gouverneurs, les directeurs des comités, les responsables de l'évènement YOGA, le professeur, le studio ainsi que les tous bénévoles associés à l'évènement de toute responsabilité pour tout dommage corporel ou matériel, de quelque nature que ce soit, que je pourrais subir dans le cadre de ma participation à cette activité. Je comprends et j'accepte le type d'activité qui m'est proposé et les risques inhérents à la pratique du YOGA et j'en accepte les risques et conditions.

J'autorise le Chapitre et le photographe à utiliser une ou des photos prises lors de l'évènement pour des fins promotionnelles ou autres.

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_