

Formulaire d'inscription

Nom: _____ Sexe: H F

Prénom: _____ Langue: F A

Adresse: _____

Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

Pays: _____

Tél.: () _____ Date naissance: ././ / MM / AAAA

Courriel: _____

En connaissance de cause et à mes risques, je m'inscris au 5 km de la Santé. Par la présente, je dégage les organisateurs, les bénévoles et les partenaires du 5 km de la Santé et du Marathon de toute responsabilité à mon égard. Je déclare avoir les capacités physiques pour accomplir cet exploit. J'autorise tout personnel médical à intervenir selon ses compétences, si nécessaire. Je reconnais que **les frais d'inscription ne sont pas remboursables ni transférables** et qu'en cas d'urgence, tel que, mais sans s'y limiter, le mauvais temps ou une menace terroriste, le 5 km de la Santé et le Marathon, de concert avec les représentants de la ville et la police locale, ont l'autorité d'annuler les différentes épreuves de l'événement. Dans un tel cas, aucun remboursement ne serait possible puisque les fonds auraient déjà été dépensés en préparation de l'événement.

Signature du participant **T-shirt**
S M L XL

Signature d'un parent ou tuteur (moins de 18 ans)

Avant le 1^{er} juin
50 \$*

Du 1^{er} juin au 31 juillet
55 \$*

Du 1^{er} août au 28 août
60 \$*

Nbre Tarif Total
1 x = \$

Taxes incluses

***Le Marathon remettra 10 \$ par inscription à l'organisme associé.**

Chèque À l'ordre de **5 km de la Santé**



Date d'expiration: _____ / _____

N° carte de crédit: _____

Nom du détenteur: _____

Faites parvenir ce formulaire, accompagné du paiement de vos frais d'inscription à :



5 km de la Santé
1173, boulevard Charest Ouest, bur. 290
Québec QC G1N 2C9
CANADA