



COLUMBUS INDIANA ACCUEIL
BULLETIN D'ADHESION

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Nationalité :

Employeur :

Autre(s) membre(s) de la famille Nom et Age :

-
-
-
-
-

Paiement : Cash :

Cheque :

Encercler le montant : 40\$

20\$

Fait le :

TSVP

COLUMBUS INDIANA ACCUEIL
BULLETIN DE DECHARGE
Membership & waiver of Liability and Indemnity

Columbus Indiana Accueil, 1082 Coles Drive, Columbus IN 47201
Columbus.Indiana.Accueil@gmail.com

DECHARGE/DISCHARGE FORM
A remplir et a signer impérativement
/ to be filled and signed

Je soussigne (e)....., accepte par la présente, du fait de la participation de moi-même mon enfant ou de mon pupille a toutes les activités de Columbus Indiana Accueil, les membres du Conseil d'Administration, les directeurs et les volontaires (conjointement et solidairement appelés « CIA ») de toute responsabilité y compris mais non limitée aux frais médicaux et hospitaliers, pour toute lésion ou préjudice a mon enfant ou a l'encontre de mon conjoint, de mon enfant ou pupille qui surviendrait lorsque moi-même, mon conjoint, mon enfant ou ma pupille participe a des activités de Columbus Indiana Accueil, même au cas ou cette lésion ou ce préjudice résulterait totalement ou en partie de la négligence, la grave ou toute autre faute de Columbus Indiana accueil.

En agissant également comme parent ou tuteur des enfants mineurs énumérées ci-dessus, j'autorise et accepte par la présente tout traitement médical et/ ou dentaire, y compris une intervention chirurgicale si nécessaire, au cas ou moi-même ou les mineurs énumérés ci-avant auraient besoin d'un traitement médical et/ou dentaire quel qu'il soit, dans le cadre d'une activité organisée par Columbus Indiana Accueil ou sponsorisée en son nom.

J'accepte par le présente de dédommager, de tenir innocent et de défendre Columbus Indiana Accueil vis-à-vis de toute demande de dommages et intérêts émanant de toute personne physique ou morale pour perte, responsabilité, préjudice, lésions, frais (y compris frais d'avocat), qui pourraient résulter de la participation de moi-même, de mon conjoint, de mon enfant ou de ma pupille a des activités de Columbus Indiana Accueil, la négligence grave ou tout autre faute de mon conjoint, de mon enfant ou de ma pupille ou de moi-même.

I,....., agree that, in consideration of my, my child's and/or ward's participation in all Columbus Indiana Accueil activities, I hereby release Columbus Indiana Accueil, its officers, directors and volunteers (jointly and severally referred to as « CIA ») from any and all liability including but not limited to medical and other health care expenses, for any injury or damage to me, my spouse, child or ward, are participating in Columbus Indiana Accueil activities, even if the injury or damage is caused in whole or in part by the negligence, gross negligence or other fault of Columbus Indiana Accueil.

I, acting also as the parent or the guardian of the minors listed herein, do hereby give my authorization and consent to emergency medical and/or dental treatment, including surgery if necessary to be rendered in the event I or the minors listed herein require medical and/ or dental treatment of any kind, while engaged in any activity conducted by sponsored on behalf Columbus Indiana Accueil.

I hereby agree to indemnify, hold harmless and defend Columbus Indiana Accueil from any claims by any person or entity for loss, liability, damage, injuries, costs (including attorney's fee) that may result from my spouse's, my child's or ward's, participation in Columbus Indiana Accueil activities, if the injury or damage is caused in whole or in part by negligence, gross negligence, or other faults of my spouse, child, ward or myself.

Date :/...../.....

Signature :

*Pour être valable la fiche d'adhésion doit être signée au verso ET au recto
The membership for mis to be signed on front AND back to be valid*