

18 octobre 2009

MONTRÉAL MARCHE pour la santé mentale

MONTREAL WALKS for mental health

October 18, 2009



Registration Form: Montréal Walks for Mental Health 2009

(Please Print)

First Name: _____ Last Name: _____

Street Address: _____ Apartment: _____ City: _____

Province: _____ Postal Code: _____ Tel: _____ Email: _____

How did you hear about the walk: _____

Information on a team registration:

Type of team:

- Business Social Service Agency Community Organization Friends or Family Members School Team
 Hospital

Name of Team: _____ Contact number of the team captain: _____

Donations

I would like to donate _____ to one or several of the following mental health organizations:

- AMI Québec (Action on Mental Illness): www.amiquebec.org or 514-486-1448
 Forward House: 514-488-1234
 L'Abri en Ville: www.labrienville.org or 514-932-2199
 Cummings Jewish Centre for Seniors: www.cummingscentre.org or 514-342-1234
 Agence OMETZ, www.ometz.ca, 514-342-0000

Payment can be sent directly to the organization or given in at the registration booth on the day of the walk.

2009 Montréal Walks for Mental Health Waiver Agreement:

(Please read carefully Release Waiver and Indemnity: Montréal Walks for Mental Health)

I Agree: 1) That at all times during the **Montréal Walks for mental health** my safety remains my sole responsibility and 2) that I will discontinue walking in **Montréal Walks for mental health** if requested to do so by any of the sponsors or their representatives and 3) that I am aware of the inherent risks in participating in **Montréal Walks for mental health** and assume such risks. IN CONSIDERATION of the acceptance of my application and permission to participate as an entrant in **Montréal Walks for mental health** post-event activities, I for myself, my heirs, administrators, successors and assigns HEREBY RELEASE, WAIVE AND FOREVER DISCHARGE the **Montréal Walks for mental health** and all their associations and sponsoring companies and all their respective agents, officials, officers, directors, employees, servants, conductors, representatives, successors and assigns OF AND FORM ALL claims, demands, payments, actions, causes of action, damages, costs and expenses, in respect to death, injury, loss or damage to my person or property HOWSOEVER CAUSED arising or to arise by reason of my participation in the said event AND NOTWITHSTANDING that same may have been contributed by the negligence of any of the foresaid. I FURTHER UNDERTAKE TO HOLD AND SAVE HARMLESS and AGREE TO INDEMNIFY all of aforesaid from and against any and all liability incurred by any or all of them arising as a result or in any way connected to my participation in the said event. BY SUBMITTING THIS ENTRY I ACKNOWLEDGE THAT I HAVE READ, UNDERSTOOD AND AGREED to the above AGREEMENT, RELEASE, WAIVER, AND INDEMNITY. I WARRANT that I am physically able to participate in **Montréal Walks for mental health** and 4) by participating in, **Montréal Walks for mental health** I consent to the use of my photograph, without compensation, in any future publicity carried out the **Montréal Walks for Mental Health** organizing committee.

PRINT FULL NAME OF PARTICIPANT

SIGNATURE X (PARENT/GUARDIAN SIGNATURE IF UNDER 18)

We are committed to protecting the privacy of your personal information. We may maintain a record of your interaction for donor-related promotion and tax receipting purposes, where required.

18 octobre 2009

MONTRÉAL MARCHE pour la santé mentale

MONTREAL WALKS for mental health

October 18, 2009



Formulaire d'inscription: Montréal marche pour la santé mentale 2009

(Veuillez imprimer)

Prénom: _____ Nom de famille: _____

Adresse: _____ Appartement: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____ Tél.: _____ Courriel: _____

Comment avez-vous entendu parler de la Marche _____

Renseignements sur les inscriptions en équipe:

Genre d'équipe:

- Travail Agence de service social Organisme communautaire Ami ou membre de la famille Équipe scolaire
 Hôpital

Nom de l'équipe: _____ Numéro de téléphone du capitaine de l'équipe: _____

Dons

J'aimerais faire un don de _____ à un ou à plusieurs des organismes de santé mentale parmi ceux-ci:

- AMI Québec (Action on Mental Illness): www.amiquebec.org or 514 486-1448
 Forward House: 514 488-1234
 L'Abri en Ville: www.labrienville.org or 514 932-2199
 Cummings Jewish Centre for Seniors: www.cummingscentre.org or 514 342-1234
 Agence OMETZ, www.ometz.ca or 514-342-0000

Les paiements peuvent être envoyés directement aux organismes ou faits au kiosque de l'organisme le jour de la marche.

Déclaration d'exonération de responsabilité de Montréal marche pour la santé mentale:

Veuillez lire attentivement la déclaration d'exonération de responsabilité et d'indemnité de **Montréal marche pour la santé mentale**.

J'accepte: 1) qu'en tout temps au cours de **Montréal marche pour la santé mentale**, ma sécurité demeure ma responsabilité exclusive, 2) de cesser de marcher à **Montréal marche pour la santé mentale** si un commanditaire ou un de ses représentants me le demande, et 3) que je suis conscient des risques associés à ma participation à **Montréal marche pour la santé mentale** et que j'assume ces risques. EN CONSIDÉRATION de l'acceptation de mon inscription et de l'autorisation de prendre part en tant qu'inscrit(e) aux activités qui suivent l'événement de **Montréal marche pour la santé mentale**, je, en mon nom personnel et en celui de mes héritiers, administrateurs, successeurs et ayants droit, DÉGAGE PAR LA PRÉSENTE ET EXONÈRE DÉFINITIVEMENT **Montréal marche pour la santé mentale** et toutes les sociétés associées et les sociétés commanditaires ainsi que leurs agents, dirigeants, administrateurs, directeurs, employés, exécutants, organisateurs, représentants, successeurs et ayants droit DE TOUTE réclamation, paiement, action, poursuite, dommage, coûts et dépenses relatifs au décès, aux lésions, aux pertes et aux dommages causés à ma personne ou à ma propriété PEU IMPORTE LA CAUSE, survenus ou à survenir en raison de ma participation à l'événement ci-dessus mentionné, que la négligence de ces personnes ait contribué ou non à ceux-ci, ET Y RENONCE. JE M'ENGAGE DE PLUS À TENIR toutes les parties ci-dessus mentionnées LIBRES ET EXEMPTES DE TOUTE RESPONSABILITÉ résultant de ma participation à l'événement ci-dessus mentionné ou y étant reliée d'une façon ou d'une autre. EN FOI DE QUOI, JE CONFIRME AVOIR LU, COMPRIS ET ACCEPTÉ L'ENTENTE décrite ci-dessus, LA RENONCIATION ET L'EXONÉRATION. JE GARANTIS être physiquement en mesure de prendre part à Montréal marche pour la santé mentale. DE PLUS, en participant à **Montréal marche pour la santé mentale**, j'accepte que les organisateurs utilisent une photo de moi dans toute publicité éventuelle faite par **Montréal marche pour la santé mentale** et je comprends que je ne recevrai aucune compensation financière pour cette utilisation.

NOM _____

Écrire au long le nom du participant

SIGNATURE X (parent ou tuteur légal si moins de 18 ans) _____

Nous nous engageons à protéger la confidentialité des renseignements personnels que vous nous soumettez. **Montréal marche pour la santé mentale** peut conserver, au besoin, un dossier de vos interactions avec elle à des fins de gestion des dons, de promotion et d'émission de reçus officiels si nécessaire.