

## Formulaires de résumé des dons hors ligne des participants

Lieu de la marche : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

A. Montant total des chèques soumis : \_\_\_\_\_

B. Montant total des espèces soumises : \_\_\_\_\_

C. Total des chèques + espèces soumis (somme des lignes A + B) : \_\_\_\_\_

- J'ai fourni le nom complet, l'adresse, l'adresse courriel et le numéro de téléphone des dons indiqués sur le ou les formulaire(s) de don que je sou mets aujourd'hui.
- J'ai examiné les informations sur ce formulaire et je confirme que les totaux correspondent à ce que je sou mets sur mon ou mes formulaire(s) de don.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du participant

Date

### Déclaration de confidentialité

La Grande Randonnée de Parkinson Canada et Parkinson Canada recueillent des renseignements personnels pour communiquer avec les partisans au sujet des initiatives et des collectes de fonds. En fournissant vos informations, vous consentez à être recontacté. Pour obtenir une copie de notre politique de confidentialité, veuillez nous contacter par courriel à [superwalk@parkinson.ca](mailto:superwalk@parkinson.ca) ou appeler le 1-800-565-3000.

**Si vous ne vous êtes pas inscrit en ligne à la La Grande Randonnée Parkinson Canada, vous devez remplir les renseignements ci-dessous et le formulaire de renonciation au verso de ce formulaire.**

Adresse de rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

## DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ, RENONCIATION AUX RÉCLAMATIONS ET ACCEPTATION DES RISQUES DE LA GRANDE RANDONNÉE DE PARKINSON CANADA

### VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

En échange de l'autorisation de Parkinson Canada Inc. (« Parkinson Canada ») de me permettre de participer à La Grande Randonnée de Parkinson Canada (l'« activité ») et pour toute autre considération valable, j'accepte tous les termes et conditions énoncées dans le présent accord.

JE SUIS CONSCIENT ET COMPRENDS QUE L'ACTIVITÉ COMPORTE DES RISQUES, DES DANGERS ET DES OBSTACLES, Y COMPRIS, MAIS SANS S'Y LIMITER, LE RISQUE DE BLESSURES GRAVES, DE MORT OU DE DOMMAGES MATÉRIELS. JE RECONNAIS QUE JE PARTICIPE VOLONTAIREMENT À L'ACTIVITÉ. J'ACCEPTÉ LIBREMENT ET ASSUME PLEINEMENT TOUS LES RISQUES, DANGERS ET OBSTACLES IMPLIQUÉS ET LA POSSIBILITÉ DE BLESSURES, DE MORT OU DE DOMMAGES MATÉRIELS, QU'ILS SOIENT CAUSÉS PAR LA NÉGLIGENCE DE PARKINSON CANADA OU AUTREMENT.

PAR LA PRÉSENTE, JE DÉCHARGE ET RENONCE EXPRESSÉMENT À TOUTE RÉCLAMATION que j'ai ou que je pourrais avoir à l'avenir contre Parkinson Canada, la société commanditaire de l'activité, et ses dirigeants, administrateurs, agents, employés, bénévoles, successeurs et ayants droit, et toute autre partie liée de quelque manière que ce soit à l'activité (collectivement, les « renonciataires »), pour toute blessure, décès, dommage matériel ou vol, perte ou toute autre responsabilité de quelque nature que ce soit, découlant directement ou indirectement de ma participation à l'activité ou de l'une des activités qui y sont associées.

Je consens à recevoir un traitement d'urgence en cas de maladie ou de blessure pendant ma participation à l'activité, et j'accepte de ne pas tenir Parkinson Canada ou tout autre renonciataire responsable des coûts associés à un tel traitement.

Je consens à la publication et/ou à toute autre utilisation de mon nom, de ma voix, de ma photographie ou de toute autre ressemblance sans autre préavis ni compensation dans toute publicité ou annonce réalisée par Parkinson Canada de quelque manière que ce soit, y compris dans la presse écrite, la diffusion ou sur Internet.

**J'AI LU ET COMPRIS CET ACCORD AVANT DE LE SIGNER, ET JE SUIS CONSCIENT QU'EN SIGNANT CET ACCORD, J'ABANDONNE ET RENONCE À CERTAINS DROITS QUE MOI OU MES HÉRITIERS, PLUS PROCHES PARENTS, EXÉCUTEURS, ADMINISTRATEURS ET AYANTS DROITS PEUVENT AVOIR.**

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Si le participant est mineur :**

Nom du participant (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur légal (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur légal : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_