

<b>Clinique Leslie Law</b>  <b>Dimanche 2 juin, 2019</b>	Remboursement seulement s'il est possible de vous remplacer et si la clinique est complète soit 10 cavaliers pour 2 entraînements chacun.	2 entraînements prix régulier (475\$)	
		Spectateur (45\$)	
		Stalle (40\$)	
		Total :	
<p><b>**Seulement un cheval par formulaire **</b></p> <p>Vous pouvez procéder au paiement par Virement Interac en utilisant l'adresse suivante :  <a href="mailto:centre_equestre_equilibre@hotmail.com">centre_equestre_equilibre@hotmail.com</a></p>			

Nom du cavalier : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Prov : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_ (Cell) : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Plus haut niveau complété par le **cavalier** : \_\_\_\_\_

Dernière saison de concours complet du **cavalier** : \_\_\_\_\_ Nb de concours : \_\_\_\_\_

Autre expérience de concours du **cavalier** : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_

Nom du cheval : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Grandeur : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Race : \_\_\_\_\_

Plus haut niveau complété par le **cheval** : \_\_\_\_\_

Niveau complété par le **cheval** à sa dernière année de concours : \_\_\_\_\_

Dernière année de concours complet du **cheval** : \_\_\_\_\_ Nb de concours : \_\_\_\_\_

Autre expérience de concours du **cheval** : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_

Plus haut niveau complété par le couple **cavalier/cheval** : \_\_\_\_\_

Niveau visé par le couple **cavalier/cheval** pour la saison 2019 : \_\_\_\_\_ Nb de concours : \_\_\_\_\_

Nom de l'entraîneur : \_\_\_\_\_

Nom du propriétaire du cheval : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence lors de la clinique : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

ACCEPTATION DES RISQUES, DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ ET RENONCIATION AUX RÉCLAMATIONS

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE

LA PRÉSENTE DÉCLARATION AFFECTE LES DROITS ET RESPONSABILITÉS DU SIGNATAIRE

VEUILLEZ LA LIRE ATTENTIVEMENT

1. Je comprends qu'il est de ma responsabilité de m'assurer d'être inscrit dans le niveau approprié et que je possède toutes les compétences pertinentes. J'assume toute responsabilité quant à l'inscription décrite sur ce formulaire.
2. Je reconnais que le concours complet constitue une discipline sportive où les risques sont grands et qu'en y participant je m'expose aux dangers réels et potentiels inhérents à la pratique de ce sport; j'en prends l'entière responsabilité en toute connaissance de cause. Je suis par ailleurs conscient des dangers liés à l'équitation et au fait de se trouver en présence de chevaux, notamment des blessures corporelles pouvant être occasionnées au cheval et à son cavalier durant les activités courantes, les compétitions et l'entraînement. Je reconnais par les présentes qu'aucun casque ou équipement protecteur ne peut protéger entièrement le cavalier ou le cheval contre toutes les blessures découlant des risques reconnus. Avoir une caméra solidement fixée sur un casque protecteur autrement approuvé est un risque dont je prends acte et le fait d'agir de la sorte est un choix personnel dont la responsabilité m'échoit entièrement. Je m'engage à porter l'équipement de sécurité approuvé approprié pour chaque discipline soit le casque en tout temps et la veste de protection pour le cross-country.
3. J'ai pris connaissance de la politique de remboursement et je l'ai bien comprise.
4. En tant que participant **adulte** et en contrepartie de mon admission à participer à cette clinique (ou en tant que propriétaire ou personne responsable du cheval, selon le cas), j'assume tous les risques et dégage de tous blâmes et responsabilités du comité organisateur de la clinique, représentants et employés, ainsi que les entrepreneurs indépendants et les propriétaires et occupants des terrains où se déroule la clinique. Je m'engage par ailleurs à les dégager de toute responsabilité, à n'intenter aucune poursuite en justice et à ne faire aucune réclamation de quelque nature que ce soit concernant ma participation ou celle de mon cheval à cette activité, y compris, notamment, mon décès ou celui de mon cheval, les blessures corporelles et dommages matériels subis par moi-même ou mon cheval, quelle qu'en soit la cause, **y compris lorsque cela découle d'une négligence de la part d'un ou de plusieurs organismes ou personnes susmentionnés.**

Je déclare avoir pris connaissance des présentes au moment de remplir ma demande d'inscription et d'en comprendre toute la portée. Je m'engage à respecter les conditions mentionnées dans les présentes et reconnais que mon engagement lie mes exécuteurs testamentaires, héritiers et ayants droit.

Signature du cavalier : \_\_\_\_\_ Signature du Propriétaire : \_\_\_\_\_

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

Signature de la personne responsable (si différente du cavalier ou du propriétaire nommé plus haut) : \_\_\_\_\_

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

(Si le cavalier est mineur, l'article 4 plus haut **ne s'applique pas**. Toutefois, un parent ou tuteur de ce cavalier doit également signer plus bas.)

Je reconnais à titre de parent/tuteur du cavalier mineur avoir pris connaissance et avoir bien compris les conditions décrites aux articles 1,2 et 3 plus haut en mon nom et au nom de \_\_\_\_\_ et je m'engage à les respecter.

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

Par la présente, j'atteste (nous attestons) qu'une assurance responsabilité est en vigueur relativement à la propriété du cheval prenant part à la clinique. : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

