



FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DU PARTICIPANT

Madame/Monsieur Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : / / Courriel : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Lieu de travail : _____

Département : _____ Fonction : _____

Téléphone au travail : _____ Poste : _____

1. Je confirme être le participant.

2. Je reconnais que ma participation à ce voyage caritatif peut comporter des risques. Par la présente, je prends en charge et j'accepte librement tous les risques découlant de ma participation à cette activité. Je m'engage aussi à respecter toutes les instructions et directives avant et pendant le voyage.

3. Je reconnais et accepte que la Fondation de l'Hôpital Jean-Talon décline toute responsabilité quant aux risques que peut comporter ma participation au Défi et que la Fondation de l'Hôpital Jean-Talon ne peut être tenue responsable de quelque dommage de quelque nature que ce soit (corporel, moral ou matériel) que je pourrais subir en lien avec ma participation à cette activité.

4. Par conséquent, je conviens de libérer et de tenir indemne la Fondation de l'Hôpital Jean-Talon, les responsables de l'événement, le comité organisateur, les bénévoles, les commanditaires, les partenaires et leurs employés et agents respectifs ainsi que toute autre personne participant ou présente à cette activité de toute responsabilité à l'égard de pertes, dommages ou blessures subis par moi-même à titre de participant ou à mes biens et qui peuvent découler ou survenir à l'occasion de ma participation à cette activité, et je renonce à tout droit relativement à ce qui précède.
(Initiales _____)



FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DU PARTICIPANT

Suite...

5. Par la présente, je m'engage à respecter les conditions imposées par Karavaniers, telles qu'énoncées dans le document explicatif de l'agence de voyage. (Initiales_____)

6. Par la présente, je m'engage à soutenir la Fondation de l'Hôpital Jean-Talon en lui remettant une somme de 2 000 \$ minimum amassée dans le cadre du voyage caritatif *Défi Maroc FHJT 2019*. (Initiales_____)

Au cas où je n'arriverais pas à amasser la somme nécessaire avant le 1^{er} février 2019, je m'engage à communiquer avec Geneviève Beauregard pour les modalités à mettre en place afin de pouvoir relever mon défi. Le total des dons amassés sera versé à la Fondation de l'Hôpital Jean-Talon et un reçu fiscal sera émis pour tout montant personnel défrayé, excluant les frais du voyage.

- Don initial de 100 \$ ci-joint (non remboursable, représentant une première tranche des dons liés au Défi Maroc FHJT 2019)
- J'autorise la Fondation de l'Hôpital Jean-Talon à utiliser mon nom et les photos prises lors de l'activité dans lesquelles je pourrais apparaître à des fins de promotion de l'expédition.

Signature : _____ Date : _____

Veillez remettre ce formulaire dûment complété au bureau de la Fondation :

Par la poste : 1385, rue Jean-Talon Est, local A-104
Montréal (Québec) H2E 1S6

Par télécopieur : 514 495-6780

Par courriel : fondation-hjt.cdi@ssss.gouv.qc.ca