



5 Octobre 2025
October

Centre Communautaire Lac Brome
Lac Brome Community Center

270, rue Victoria, Knowlton

9h30



Feuille de renonciation | Waiver

Gratuit pour les enfants de moins de 12 ans, mais doivent remplir un formulaire de renonciation. | Children under 12 walk for free but must fill a waiver form.

Prénom | First Name: _____ Nom | Last Name: _____

Adresse | Address: _____ Ville | City: _____ Code postal | Postal code: _____

Téléphone | Number: _____ Courriel | E-mail: _____

RENONCIATION

Par la présente, je consens à ne tenir responsable d'aucune façon le Club Optimiste Yamaska Valley, la Fondation BMP, les commanditaires ou tous autres organismes liés à cet événement, de ne pas porter plainte, seul ou collectivement de tout accident, dommage, blessure, perte ou vol causés par la participation à la Marche pour vaincre tous les cancers 2025. Je consens à recevoir les soins nécessaires d'urgence en cas d'accident. J'accorde l'utilisation de mon nom et de ma photographie aux fins publicitaires reliées à cet événement.

Signature: _____ Date: _____

Signature des parents/gardiens (requis pour les marcheurs de moins de 18 ans):

_____ Date: _____

Je suis un(e) survivant(e) du cancer.

Oui | Non

Contribution 25 \$ (pas de feuille de promesse)

Oui | Non

*Les participants de moins de 18 ans doivent avoir une autorisation des parents/gardiens (signature)

Montant total à remettre

\$ _____

Contribution 25 \$ (pas de feuille de promesse)

Oui | Non

Délivrer un reçu fiscal

Oui | Non

(Coordonnées complètes et lisibles sont requises) (Reçu remis uniquement au nom de la personne qui a émis le chèque).

WAIVER

In signing this release, I acknowledge that I understand the intent thereof, and hereby agree and absolve and hold harmless the Yamaska Valley Optimist Club, the BMP Foundation, sponsors, co-operating events, and any other parties connected with this event in any way, singly or collectively, from and against any blame and liability for any injury, misadventure, harm, loss, inconvenience or damage hereby suffered or sustained as a result of participation in the 2025 Walk to Fight All Cancers. I hereby consent to and permit emergency treatment in the event of illness. I also give full permission for use of my name and/or photograph in connection with this event.

Signature: _____ Date: _____

Signature of parent or guardian (required for walkers under 18 years of age):

_____ Date: _____

I am a cancer survivor.

Yes | No

I am 18 years of age or older*

Yes | No

*Participants under the age of 18 require parental/guardian permission (signature).

Total amount to remit

\$ _____

My total contribution is \$25 (no extra pledges)

Yes | No

Tax receipt requested

Yes | No

(legible complete name and address required) (receipt provided only to the person who issued the cheque.)



Au profit de
For the benefit of

