

# CHIP Spin for Teens 2009 – À Vélo pour Ados

## REGISTRATION FORM

NAME \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

CITY \_\_\_\_\_ POSTAL CODE \_\_\_\_\_

BUSINESS TEL \_\_\_\_\_ HOME TEL \_\_\_\_\_

EMAIL ADDRESS \_\_\_\_\_

### CHOOSE YOUR LOCATION:

Mansfield Downtown  Mansfield Brossard  Mansfield West\*

**FEES INCLUDE:** Sports bag, Lunch and Prizes

**FRONT ROW GOLD SPINNERS:** I want to be a Gold Spinner and commit to raising \$1,000 for the CHIP for TEENS event. **\$150 deposit** to reserve a Gold Spinner front row bike for 3 hours. Balance to be raised in pledges by the time of the event. (Initial tax receipt for \$125). Only 15 spots available.

I will bike for the full three hours. **\$150 per person** to Spin for 3 hours (Tax receipt for \$125). Serious cyclists may wish to bring their own pedals.

I will share a bike with: 1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_  
**\$100 per person** for participants who share a bike.  
(Tax receipt for \$75)

I will share a bike but need help finding partners.

I am unable to participate but have included a donation for the event. \$ \_\_\_\_\_

Daycare services available

### PAYMENT:

**For Mansfield Downtown and Brossard locations:** Please make cheques payable to CHIP. Sign waiver and mail or fax to:  
SPIN FOR TEENS, 3505 Atwater Avenue, Montreal, QC H3H 1Y2  
Tel: 514-489-6630 Fax: 514-489-2604 mgold@epimgh.mcgill.ca  
www.chiprehab.com

**\*For Mansfield West location only:** Please make cheques payable to WICS. Sign waiver and mail or fax to:  
WICS – 207 Place Frontenac, Pointe Claire, QC H9R 4Z7  
Tel: 514-695-8694 Fax: 514-695-6551 rania.partage@qc.aira.com  
www.communityshares.ca

Cheque  Visa  Mastercard  AmEx Total: \$ \_\_\_\_\_

CARD NUMBER \_\_\_\_\_ EXPIRY DATE \_\_\_\_\_

### Waiver

I acknowledge participating at my own risk and I hereby waive liability of any and all claims against CHIP and the Mansfield Athletic Club, its sponsors and related persons for personal injury, death or property damage related to my participation in the SPIN FOR TEENS November 29, 2009. I consent to any medical treatment deemed necessary by the medical team.

SIGNATURE \_\_\_\_\_

A registration form and signed waiver is required for each team member.

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

NOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

TÉL. BUREAU \_\_\_\_\_ TÉL. MAISON \_\_\_\_\_

ADRESSE ÉLEC. \_\_\_\_\_

### CHOISISSEZ VOTRE SITE

Mansfield centre-ville  Mansfield Brossard  Mansfield Ouest\*

**COÛT** L'inscription comprend : sac de sport, repas et prix de présence

**PARTICIPANT OR** (première rangée): Je m'inscris comme Participant OR et je m'engage à recueillir 1 000 \$ pour l'événement À VÉLO pour ADOS. **Dépôt de 150 \$** pour réserver, pendant 3 heures, un vélo « Participant OR » dans la première rangée. Le restant à recueillir en commandites d'ici l'événement (reçu d'impôt de base de 125\$). **Seulement 15 vélos disponibles.**

Je pédalerai durant les 3 heures. **150 \$ par personne** pour pédaler durant 3 heures (reçu d'impôt de 125 \$). Les cyclistes peuvent apporter leurs propres pédales.

Je partagerai un vélo avec: 1: \_\_\_\_\_  
2: \_\_\_\_\_ **100 \$ par personne** pour ceux qui partagent un vélo (reçu d'impôt de 75 \$).

Je partagerai un vélo, mais j'ai besoin d'aide pour trouver des partenaires.

Je ne peux pas participer, mais j'inclus un don pour cet événement. \$ \_\_\_\_\_

Service de garde disponible

### PAIEMENT

**Sites Mansfield centre-ville ou Brossard:** Veuillez libeller votre chèque à: CHIP. Veuillez signer et poster ou télécopier ce formulaire à: À VÉLO pour ADOS, 3505, avenue Atwater, Montréal (Québec) H3H 1Y2 Tél : 514 489-6630 Fax : 514 489-2604 mgold@epimgh.mcgill.ca www.chiprehab.com

**\*Site Mansfield Ouest seulement :** Veuillez libeller votre chèque à: WICS. Veuillez signer et poster ou télécopier ce formulaire à: WICS – 207 Place Frontenac, Pointe Claire, QC H9R 4Z7 Tél : 514 695-8694 Fax : 514 695-6551 rania.partage@qc.aira.com www.communityshares.ca

Chèque  Visa  Mastercard  AmEx Total: \_\_\_\_\_ \$

NO. DE CARTE \_\_\_\_\_ DATE D'EXPIRATION \_\_\_\_\_

### Exonération de responsabilité

J'accepte de participer à mes propres risques et, par la présente, je libère CHIP et le Mansfield Club athlétique, leurs commanditaires ou personnes liées, de toute réclamation que ce soit, notamment en cas de blessure, décès ou dommages résultant de ma participation à l'événement À VÉLO pour ADOS du 29 novembre 2009. Je consens à recevoir tout traitement médical jugé nécessaire par l'équipe médicale.

SIGNATURE \_\_\_\_\_

Chaque équipier doit remplir un formulaire d'inscription et une exonération de responsabilité.