



Bowls Canada Boulingrin – Entente du participant aux Championnats canadiens

*Veillez lire ce document avec attention.
En signant la présente entente, vous confirmez que vous avez lu et compris son contenu.*

1. RENONCIATION

En contrepartie de ma sélection à titre de concurrent à un Championnat canadien de Bowls Canada Boulingrin, je renonce définitivement par les présentes, pour moi-même ainsi que pour mes héritiers, exécuteurs testamentaires et cessionnaires, à tout droit d'action, à toute réclamation et à toute demande de quelque nature que ce soit à l'égard de Bowls Canada Boulingrin, de ses dirigeants, membres, représentants et agents, de même que leurs héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs, successeurs et cessionnaires, que je pourrais faire valoir actuellement ou éventuellement et qui résulterait de ma participation au Championnat canadien et de mon association avec celui-ci, y compris les déplacements que je dois effectuer pour me rendre à et revenir de cette compétition, et je renonce par les présentes à tout droit d'action, à toute réclamation et à toute demande tels que susmentionnés.

2. POLITIQUE ANTIDOPAGE

Moi, le soussigné, affirme par les présentes que je connais la *Politique antidopage de Bowls Canada Boulingrin* et que je ne contreviens pas à ladite politique.

3. TRAITEMENT MÉDICAL

Par les présentes, j'autorise, en premier lieu, les représentants de l'équipe provinciale, et en l'absence de ceux-ci, les représentants de Bowls Canada Boulingrin ou du comité organisateur local à prendre des décisions concernant les soins ou les traitements médicaux qui pourraient devoir m'être administrés, et au besoin, à autoriser qu'on m'administre de tels traitements dans une situation d'urgence ou si mon consentement préalable ne peut être raisonnablement obtenu.

4. UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES ET DE MÉDIAS VISUELS

En contrepartie de ma sélection à titre de concurrent à un Championnat canadien de Bowls Canada Boulingrin, j'autorise par les présentes Bowls Canada Boulingrin à utiliser, pendant une durée que l'association établira à sa seule discrétion, sans demander de rémunération, toute photographie, tout enregistrement vidéo ou tout autre média visuel sur lequel j'apparais au Championnat canadien ou dans le cadre de celui-ci dans le but de remplir les objectifs de l'association, y compris et sans exclure d'autres possibilités : (a) pour illustrer du matériel d'entraînement ou d'instruction préparé par l'association ou pour le compte de cette dernière; (b) aux fins de promotion de l'association, de communication ou de marketing.

Je reconnais que Bowls Canada Boulingrin a le droit de conclure un accord avec tout diffuseur ou société de production de son choix dans le but que le Championnat soit télévisé, en entier ou en partie. Je consens par les présentes à être filmé, à ce que mon image soit télévisée et à être photographié, identifié ou autrement enregistré pendant le Championnat canadien, sans exiger de rémunération pour une telle diffusion ou production.

| | | | |
|---|--|---------------------|--|
| Nom du concurrent | | Championnat | |
| Équipe provinciale | | Épreuve | |
| <i>J'accepte d'être lié par les modalités de la présente entente en tant que condition à mon inscription au Championnat canadien concerné.</i> | | | |
| Signature | | Date | |
| Nom du témoin | | Signature du témoin | |

SI LE MEMBRE DE L'ÉQUIPE EST ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS, UN PARENT OU UN TUTEUR LÉGAL DOIT AUSSI REMPLIR ET SIGNER LA SECTION CI-DESSOUS.

Moi, le soussigné, ai à titre de parent ou de tuteur légal du bouliste susmentionné examiné la présente entente en compagnie de mon enfant et estime que mon enfant comprend les exigences de ladite entente. Je reconnais formellement que Bowls Canada Boulingrin, ses dirigeants, membres, représentants et agents, de même que leurs héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs, successeurs et cessionnaires ne peuvent en aucun cas être tenus responsables vis-à-vis de moi ou de mon enfant de toute perte, de tout préjudice ou de toute blessure résultant directement ou indirectement de tout acte, de toute négligence ou de toute faute (découlant ou non d'une négligence) de la part de Bowls Canada Boulingrin et se rapportant à la participation de mon enfant au Championnat, ou de toute mesure disciplinaire prise à l'encontre de mon enfant par Bowls Canada Boulingrin. J'accepte de garantir Bowls Canada Boulingrin, ses dirigeants, membres, représentants et agents, de même que leurs héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs, successeurs et cessionnaires contre tout droit d'action, action, poursuite, procédure, réclamation, demande, coût ou dépense de quelque nature que ce soit pouvant être entrepris à l'encontre de Bowls Canada Boulingrin ou être encourus par Bowls Canada Boulingrin en rapport à ou résultant de toute perte, tout dommage ou toute blessure.

J'autorise, en premier lieu, les représentants de l'équipe provinciale, et en l'absence de ceux-ci, les représentants de Bowls Canada Boulingrin ou du comité organisateur local à prendre des décisions concernant les soins ou les traitements médicaux qui pourraient devoir être administrés à mon enfant, et au besoin, à autoriser qu'on administre de tels traitements dans une situation d'urgence si tous les efforts raisonnables ont été déployés pour m'informer de la situation médicale de mon enfant.

Je consens à ce que des photographies ou des médias visuels où apparaît mon enfant soient utilisés selon les paramètres détaillés à la section 4 ci-dessus. Je reconnais en outre que mon enfant connaît la *Politique antidopage de Bowls Canada Boulingrin* et j'affirme qu'il ne contrevient pas à ladite politique.

J'accepte d'être lié par les modalités de la présente entente en tant que condition à l'inscription de mon enfant au Championnat canadien concerné.

| | | | | | | |
|----------------------------|---------------------|--|--------------------|---------------------|-------------|--|
| Nom du concurrent | | | | | Championnat | |
| Équipe provinciale | | | | | Épreuve | |
| Nom du parent/tuteur légal | | | | | | |
| Coordonnées | N° de tél. domicile | | N° de tél. travail | | Courriel | |
| Signature | | | | | Date | |
| Nom du témoin | | | | Signature du témoin | | |