



Nom: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Ville: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_  
 M \_\_\_ F \_\_\_ Age au 22 Août 2009 \_\_\_\_\_ Date De Naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Événement	Avant Juillet 1st	Avant Août 17th	Race Day
Try-A-Tri	<input type="checkbox"/> \$45	<input type="checkbox"/> \$50	<input type="checkbox"/> \$65
Sprint Duathlon	<input type="checkbox"/> \$55	<input type="checkbox"/> \$60	<input type="checkbox"/> \$75
Sprint Triathlon	<input type="checkbox"/> \$55	<input type="checkbox"/> \$60	<input type="checkbox"/> \$75
Sprint Relais	<input type="checkbox"/> \$80	<input type="checkbox"/> \$90	<input type="checkbox"/> \$105
Olympic Triathlon	<input type="checkbox"/> \$60	<input type="checkbox"/> \$70	<input type="checkbox"/> \$85
5km Run	<input type="checkbox"/> \$25	<input type="checkbox"/> \$30	<input type="checkbox"/> \$40

Étudiants de moins de 23 40% rabais, remise de 60 personnes âgées de plus de 10% sur des adultes ou Triathlon Duathlon Événements  
**Grandeur de Tshirt:**  Adulte Plus-Petit  Adulte Medium  Adulte Grand  Adulte Plus-Grand

**Levée: Dispense athlétique amateur et libération de responsabilité:**

En signant cette dispense, je reconnais que je participe à mon propre risque et je renonce à toutes réclamations de tous genres contre les organisateurs, les officiels, les commanditaires et toute autre agence participante, soit séparément ou en collectivité, en ce qui concerne toute perte personnelle, maladie, blessure corporelle ou décès à la suite de ma participation à ces activités. Aussi, je comprends la rigueur d'une telle compétition et je me suis préparé/préparée physiquement pour la course. Je consens à obéir à toutes les lois qui gouvernent les courses de la route. Par la présente, je consens à recevoir et permets les soins médicaux d'urgence dans le cas de maladie ou de blessure. J'ai lu cette dispense et libération de responsabilité, et je reconnais que j'ai renoncé à des droits substantiels en la signant, et que je la signe volontairement. Je donne la permission aux organisateurs de prendre ma photo et de la publier dans les médias pour n'importe quel but, y compris l'utilisation de copies imprimées. Par la présente, je me désiste de vérifier ou d'approuver les photos ou les copies publicitaires qui pourraient être utilisées.

S'il vous plaît retourner le formulaire d'inscription et de paiement par chèque ou en espèces à payer à:  
 Cornwall Hospital Triathlon  
 840 McConnell Avenue  
 Cornwall, Ontario  
 K6H 5S5  
 Telephone (613) 930-4502 ext 2722

\_\_\_\_\_  
 (Signature du participant)

\_\_\_\_\_  
 (Signature du tuteur si moins de 16 ans)



[WWW.CORNWALLTRIATHLON.COM](http://WWW.CORNWALLTRIATHLON.COM)