



## DEMANDE D'ADHÉSION 2022

- Renouvellement                       Individuelle (20\$)  
 Nouveau membre                       Familiale\* (30\$)  
 Invité(e) d'une autre association/organisme

*\*tous les membres de la famille doivent demeurer à la même adresse*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Enfants de moins de 18 ans :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

(Rue)

(Ville)

(Code postal)

Courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom sur Facebook : \_\_\_\_\_

### Engagement à lire avant de signer

Je suis conscient(e) que la consommation de champignons sauvages comporte des risques pour la santé et je m'engage à la prudence. La décision finale de consommer ou de faire consommer des champignons sauvages est ma responsabilité et j'en assume entièrement et inconditionnellement toutes les conséquences.

Je m'engage à prendre connaissance et respecter les conditions de participation aux activités contenues dans le guide du participant du Club des Mycologues des Laurentides, ci-après nommé CML. Ce guide est disponible sur le site web à l'adresse suivante: [www.mycolaurentides.ca](http://www.mycolaurentides.ca).

J'autorise le CML ou ses représentants à diffuser des photographies ou des films qui ont été pris lors des activités du club et où j'apparais et/ou ma famille apparaît et je les dégage de toute responsabilité et dédommagement à cet égard.

En signant ce document, je libère le CML, ses administrateurs et ses membres de toute responsabilité civile et perte provenant de tout accident, blessure et maladie pouvant résulter de toute activité ou directive du CML.

Je confirme être sans symptômes liés à la COVID-19 (toux, fièvre, contact avec personne symptomatique, etc.) et que, si mon état change, je m'engage à ne pas me présenter aux activités ou de quitter les lieux si je présente au moins un des symptômes. Il est de ma responsabilité de connaître et d'appliquer les consignes du gouvernement face à la COVID-19 ou autre loi.

Je déclare être majeur(e) et que j'ai lu et compris ce document.

Signé à : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
( Ville )

ce : \_\_\_\_\_  
( date )

( Nom en lettres moulées )