



2018 Registration Form

Select Your Event

Fee Schedule	Feb. 9 to April 13	April 14- 28
Hospital mile	\$10.00	\$15.00
5 Km	\$25.00	\$30.00
10 Km	\$35.00	\$40.00

Children under 6 yrs old are free but must be issued a Bib

Location

Saturday, April 28th, 2018
At the West Nipissing General Hospital

	Start Time	Number	Fee	Total
5km & 10km	9:00 a.m.	x	= \$	
Hospital mile	9:10 a.m.	x	= \$	

Payments

Cheque Credit card Cash

Type of Card: Mastercard or Visa

Credit Card Number: _____
Exp. ____/____

Card Holder Name

*Please make cheque payable to: WNGH Foundation's Annual Run4Health. Credit card payments are accepted. Entry fees are non-refundable and non-transferable.

Send registration form and payment to WNGH Foundation, 725 Coursol Rd., Sturgeon Falls, On P2B 2Y6

Donations

In addition to my registration, please accept my charitable donation in the amount of:

\$ _____

Donation receipts will be issued for all donations in excess of \$10.00

All proceeds will be directed towards the West Nipissing General Hospital Equipment Fund. Thank you!

Information (Please print)

Last Name _____ First Name _____

Gender M ↑ F ↑ Language F ↑ E ↑

Street Address _____

City _____ Prov. _____ Postal Code _____

Home Tel _____ Business Tel _____

Email _____

Date of Birth (dd/mm/yy) _____ Age (on race day) _____

Health Condition/Allergies _____

Waiver, Release & Indemnification

In consideration of the acceptance of my application and the permission to participate as an entrant or competitor in the WNGH Foundation's Annual Run4Health, and any or all of the following events, the 10k, the 5k and the hospital mile, post-race activities on April 28th, 2018 and any other 2018 activities that take place prior to or after the event. I, for myself, my heirs, executors, administrators, successors and assigns, HEREBY RELEASE, WAIVE AND FOREVER DISCHARGE the WNGH Foundation's Annual Run4Health, the Municipality of West Nipissing, all sponsors, contributors and volunteers, to the Run4Health organizers, and all other associations, sanctioning bodies and sponsoring companies and all their respective agents, officials, servants, contractors, representatives, elected and appointed officials, successors and assigns OF AND FROM ALL claims, demands, death, injury, loss or damage to my person or property HOWEVER SO CAUSED, arising or to arise by reason of my participation in the said event, whether as a spectator, participant, competitor or otherwise, whether prior to, during or subsequent to the event, AND NOTWITHSTANDING that same may have been contributed to, or occasioned by, the negligence of any of the aforesaid. I further hereby undertake to hold and save harmless and agree to indemnify all of the aforesaid from and against any and all liability incurred by all of them as a result of, or in any way connected with, my participation in the said event. I give my permission for and consent to the use of my name and picture on or in connection with any television or radio program, motion picture, print media or the advertising and publicizing of the WNGH Foundation's Annual Run4Health as may be designated by the WNGH Foundation organizing committee and waive all rights to remuneration or otherwise in connection with the promotions. For participants, you may use your personal music devices on the run at your own risk. The event will be canceled only if there is an immediate threat of lightning.

BY SUBMITTING THIS ENTRY I ACKNOWLEDGE THAT I HAVE READ, UNDERSTOOD AND AGREED TO THE ABOVE WAIVER, RELEASE AND INDEMNITY, I WARRANT THAT I AM PHYSICALLY FIT TO PARTICIPATE IN THIS EVENT.

Signature and Date _____

Parent/Legal Guardian Signature and Date _____



Fondation de l'Hôpital général de Nipissing Ouest
The West Nipissing General Hospital Foundation

RUN COURIR 4HEALTH POUR LA SANTÉ



Renseignements (en lettres moulées)

Nom _____ Prénom _____

Sexe M ↑ F ↑ _____ Langue F ↑ A ↑ _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Tél. (domicile) _____ Tél. (bureau) _____

Courriel _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Âge (le jour de la course) _____

État de santé/Allergies _____

Renonciation, décharge de responsabilité et indemnisation
En contrepartie de l'acceptation de mon formulaire de participation et de la permission de participer en tant que participant ou concurrent à l'événement annuel « Course pour la santé » de la Fondation de l'HGNO ou aux épreuves suivantes : la course de 10 km, la course ou marche de 5 km, le mille de l'hôpital, les activités suivant la course tenues le 28 avril 2018 et toutes les autres activités de 2018 qui se dérouleront avant l'événement ou après, en mon nom ainsi qu'en celui de mes héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs, successeurs et ayants droit, je **LIBÈRE, DÉCHARGE ET INDEMNISE POUR TOUJOURS** l'événement annuel « Course pour la santé » de la Fondation de l'HGNO, la Municipalité de Nipissing Ouest, tous les commanditaires, collaborateurs et bénévoles, les organisateurs de la Course pour la santé, toutes autres associations, organismes exerçant sanction et sociétés commanditaires et tous leurs agents, officiels, serviteurs, contractants, représentants, élus et nommés, successeurs et ayant droits respectifs DE TOUTES réclamations et demandes en matière de mort, de blessure, de perte ou de dommage à ma personne ou à ma propriété, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE, découlant ou à découler de ma participation à cet événement, que ce soit en tant que spectateur, participant, concurrent ou autre avant, pendant ou après l'événement, ET NONOBTANT le fait que les mêmes préjudices puissent avoir été en partie ou en tout occasionnés par la négligence de n'importe lequel des susdits. De plus, j'indemnise les susdits de toute responsabilité liée à ma participation à cet événement. Je consens à ce qu'on utilise mon nom et des photographies de moi dans des émissions télédiffusées ou radiodiffusées, dans des films, dans des médias imprimés et dans les publicités de l'événement annuel « Course pour la santé » de la Fondation de l'HGNO tel que pourrait le désigner le Comité organisateur de la Fondation de l'HGNO Ouest et je renonce à tous droits de rémunération ou autres relativement aux promotions. En cas d'orage, l'événement sera annulé.

EN SOUMETTANT LE PRÉSENT FORMULAIRE, JE RECONNAIS AVOIR LU, COMPRIS ET ACCEPTÉ LA PRÉSENTE RENONCIATION, DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ ET INDEMNISATION. J'ATTESTE QUE JE SUIS PHYSIQUEMENT APTE À PARTICIPER À CET ÉVÉNEMENT.

Signature et date _____

Signature du parent ou tuteur et date _____

Formulaire d'inscription 2018

Choisissez votre épreuve

Frais	9 février – 13 avril	14 avril- 28 avril
Mille de l'hôpital	10 \$	15 \$
5 km	25 \$	30 \$
10 km	35 \$	40 \$

L'inscription est gratuite pour les enfants de moins de 6 ans, mais on devra leur remettre un dossard.

Lieu

Le samedi 28 avril 2018
Hôpital général de Nipissing Ouest

	Départ	Nombre	Frais	Total
Course/marche :				
5 km & 10 km	9h00	x	=	\$
Mille de l'hôpital	9h10	x	=	\$

Paiement

Chèque Carte de crédit Espèces

Type de carte : Mastercard ou Visa

Numéro de la carte : _____

Date d'expiration : ____/____/____

Titulaire de la carte

*Veuillez faire le chèque à l'ordre de la « Course pour la santé de la Fondation de l'HGNO ». Les paiements par carte de crédit sont acceptés. Les frais d'inscription sont non remboursables et non transférables.

Envoyez le formulaire d'inscription et le paiement à la Fondation de l'HGNO, au 725, chemin Coursol, Sturgeon Falls (Ontario) P2B 2Y6.

Don

En plus de mon inscription, je fais un don de charité de la somme suivante :

_____ \$

Un reçu sera fourni pour tous les dons de plus de 10 \$.

Tous les fonds recueillis seront directement versés au Fonds d'équipement de l'Hôpital général de Nipissing Ouest. Merci!



Fondation de l'Hôpital général de Nipissing Ouest
The West Nipissing General Hospital Foundation