DEMANDE D'ADHÉSION 2012
2012 MEMBERSHIP APPLICATION

Nom de famille / *Surname*

Prénom / *First name*

Adresse / *Address*

Adresse / *Address*

Ville / *Town* | Province / *State* ⌊__⌋⌊__⌋ | Code postal / *ZIP code* ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋

Né(e) le / *Born on* ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ (aaaa / *yyyy*) ⌊__⌋⌊__⌋ (mois / *month*) ⌊__⌋⌊__⌋ (jour / *day*)

DATE DE NAISSANCE OBLIGATOIRE: pour les épreuves 'Jeune' et 'Prime Time' (50 ans et plus)
MANDATORY DOB for 'Youth' and 'Prime Time' (50 & over)

Tél. résidence / *Home phone no.* ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋

Tél. travail / *Work phone no.* ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋

Tél. cellulaire / *Cellular phone no.* ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋

Télécopieur / *Fax no.* ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋

Courriel / *Email*

Je désire recevoir le bulletin électronique AQR (en français) ☐ **e-INFO REIN** ☐ *Please subscribe me to AQR Electronic Newsletter (English version)*

Statut / *Status*

☐ **Général-Omnium / *General-Open*.....50 $**
☐ **Non Pro** (19 ans et plus) **/ *Non Pro*** *(19 & over)*.....**50 $**
☐ **Jeune** (18 ans et moins) **/ *Youth*** *(18 & under)*...**20 $**
☐ **À vie / *Life*.....500 $**

Reconnaissance de risques

À titre de participant, parent et / ou détenteur de l'autorité parentale, je reconnais que la pratique des sports équestres et la participation à ces activités comportent des risques inhérents de blessures sérieuses et je tiens indemne et libère sans restriction l'Association Québécoise de Reining Inc. (AQR) et ses organisateurs et promoteurs de leur responsabilité à cet égard pour tout dommage, blessure et perte en découlant. Le soussigné, en son nom ou celui de son enfant et/ou pupille, reconnaît qu'il est physiquement et émotivement capable de participer à ces activités.

Acknowledgement of risks

As participant, parent and/or person with parental authority, I acknowledge that there are certain inherent risks of serious injury in the practice of equestrian sports and participation in these activities, and I indemnify, hold harmless and unrestrictedly release the 'Association Québécoise de Reining Inc.' (AQR) and its organizers from liability for any resulting harm, injury or loss. The undersigned, on his/her own behalf or on behalf of his/her child and/or ward, acknowledges that he/she is physically and emotionally able to participate in these activities.

Signature : _____ Date : _____

18 ans et moins : **Signature obligatoire du tuteur ou du parent**

MODE DE PAIEMENT / *PAYMENT MODE*

Carte de crédit : 4% est ajouté
Credit Card: 4% fee is added

Chèque / *Cheque* ☐ Mandat poste / *Money order* ☐

Carte de crédit / *Credit card* ☐ VISA ☐ MasterCard ☐ American Express ☐ DISCOVER

CODE DE VALIDATION / CSV / CVN

																		X			-			

Envoyez ce formulaire et votre paiement à: ***Please forward this form and payment to*:**

MM AA/YY
EXPIRATION

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE de REINING Inc

880 104e av, Drummondville QC J2B 8K6 Tél./*Tel.*: 819.850.2810 **Télécopie/*Fax*: 819.474.7305**

Nom sur la carte: / *Name on card*:		Tél.: / *Tel.*:
Adresse: / *Address*:		
Ville: / *Town*:	Prov.: / *State*:	Code postal: / *Postal/Zip*:
Courriel: / *eMail*:		
Signature:		Date:

2012-03-03