

Nom de Famille / <u>Surname</u>		Prénom / First Name	
Adresse / Address		Ville / Town	
Province / State		Code postal / Zip code	
Né(e) le Born on		DATE DE NAISSANCE OBLIGATOIRE: pour les épreuves 'Jeune', 'Prime Time' (50 ans et plus) et 'Masters' (60 ans et plus) MANDATORY DOB for 'Youth', 'Prime Time' (50 & over) and 'Masters (60 & over	
Tél. Residence			
Tél. Cell.		Courriel – E-Mail	
Statut / Status			
Général- / General – ...60 \$		Jeune (18 et moins) / Youth (18 & Under) 20 \$	
Non Pro (19 et Plus) / (19 & Over).....60 \$		A vie / 1 ^{ER} JAN 2015 / Jan 2015 600 \$	
Entraîneur-Instructeur – Professionnel / Trainer-Coach – Professional		100 \$	
40 \$ sur le 100 \$ ira directement en bourse pour les classes Rookie et débutant			
40 \$ of the 100 \$ will go directly in purses onthe following classes Rookie & Beginner			
Don (Aidons notre association avec une contribution volontaire) 20\$ 50\$ 100 \$ Autre _____			
Donation (Help your association with a voluntary contribution) 20\$ 50\$ 100 \$ Autre _____			



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 émotionnellement 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 parent ou tuteur											
MODE DE PAIEMENT / PAYMENT MODE											
Carte de crédit / Credit card		 		CODE DE VALIDATION / CSV / CVN							
	X		X		X		X	Exp	MM	AAYY	
Nom sur la carte / Name on the card				Adresse / Adress							
Ville / Town			Prov : State			Code postal / Zip Code					
Courriel : eMail			Signature :				Date :				

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

Association Québécoise de Reining

14 ROBINSON, REPENTIGNY, QC, J5Y 3C4 **inforeiningaqr@gmail.com**