



## INJURY WAIVER AND GENERAL RELEASE FORM - HELICOPTER TOURS -

**Name:** \_\_\_\_\_ **Date of birth:** \_\_\_\_\_ **Address:** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **Postal code:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

**Emergency contact person:** \_\_\_\_\_ **Emergency phone:** \_\_\_\_\_

**Relationship to contact:** \_\_\_\_\_

I, the undersigned, being aware of my own health and physical condition, and having knowledge that my participation in the helicopter tour could result in an injury, am voluntarily participating in the said activity at the **LBA Fall Flavors Festival**.

Having such knowledge, I hereby acknowledge this release, any representatives, organizers, agents, and successors from liability for accidental injury or illness which I may incur as a result of participating in the said physical activity. I hereby assume all risks connected with the activity and consent to participate in said helicopter tour.

I agree to disclose any physical limitations, disabilities, ailments, or impairments which may affect my ability to participate in said physical activity.

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_



## FORMULAIRE DE RENONCIATION AUX BLESSURES ET DE DÉCHARGE GÉNÉRALE - TOURS D'HELICOPTÈRE -

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Téléphone d'urgence : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne à contacter : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), conscient(e) de ma propre santé et de ma condition physique, et sachant que ma participation au tour d'hélicoptère pourrait entraîner une blessure, participe volontairement à ladite activité au **Festival des Saveurs d'Automne LBA**.

Sachant cela, je reconnais par la présente décharge, tous les représentants, organisateurs, agents et successeurs, de toute responsabilité en cas de blessure accidentelle ou de maladie que je pourrais subir à la suite de ou pendant ma participation à ladite activité physique. J'assume par la présente tous les risques liés à l'activité et je consens à participer audit tour d'hélicoptère.

J'accepte de divulguer toute limitation physique, tout handicap, toute affection ou toute déficience qui pourrait affecter ma capacité à participer à ladite activité physique.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_