



Formulaire d'inscription / Registration form

Nom / Name: _____ Prénom / Firstname: _____

Adresse/ Address: _____

Ville/City: _____ Code Postal/Postal code: _____

Téléphone maison / Home phone number: _____ Cellulaire/Cellular: _____

Courriel / Email: _____ Date de naissance/ DOB : _____

Avez-vous déjà pratiqué le CrossFit? / Are you a CrossFitter? _____ (Oui ou Non / Yes or No)

Brève description de votre activité physique actuelle/ Brief description of your physique activity at the moment:

Quel but désirez-vous atteindre en vous abonnant au Crossfit ? / What is you primary goal with CrossFit ?

*Vous autorisez *CrossFit de la Cité* à publier toutes photos/vidéos où vous pourriez apparaitre, à vous administrer les premiers soins nécessaires s'il y a lieu, à suivre les règles établies par la direction et son personnel et nous aviser de tout changement ou condition à l'égard de votre santé qui pourrait être pertinent à votre entrainement.

* You authorize *CrossFit de la Cité* to publish any pictures/videos that you might appear in, to administer first aids if necessary, to follow all rules established by the management or personnel and to report any changes in your state of health that could affect your training.

Signature du membre/ Member's Signature: _____ Date: _____