



**Formulaire d'adhésion 2017**  
(du 1 janvier au 31 décembre)

Remplissez à l'écran le formulaire et imprimez.

Renouvellement.....:  OUI  NON

Nom:  Prénom:

2e nom:  2e prénom:

--- Section «Ami»: enfants de 5-17 ans vivant à la même adresse, 0-4 ans gratuit ---

-----  
1e nom:  1e prénom:

2e nom:  2e prénom:

3e nom:  3e prénom:

Rue:  App.:

Ville:  Code postal:

Tél. rés.:  bur.:

Courriel:

Un système de covoiturage est disponible; si vous êtes intéressé à participer cocher la case:  OUI

Sans accès au Jardin, cotisation **Partenaire** :  simple: 30 \$  double: 40 \$  
Étudiant\*  simple: 15 \$

**OU** Avec accès au Jardin, cotisation **Ami** :  adulte: 45 \$  famille: 84 \$

Contribution additionnelle (don ) .....:  \$

\* : Étudiant seulement, joindre une copie de votre pièce justificative

**IMPORTANT**

À LIRE AVANT de SIGNER

En signant le présent document, je libère le Cercle des mycologues de Montréal inc. ses administrateurs, ses officiers et ses membres de toute responsabilité civile et perte provenant de tout accident, blessure et maladie pouvant résulter de toute activité ou directive du CMM.

Je reconnais que la consommation de champignons peut comporter des risques pour ma santé et celle de ma famille et j'en assume l'entière responsabilité.

\* \* \* \* \*

Également, en devenant membre en règle du Cercle des mycologues de Montréal, j'autorise d'être photographié et/ou filmé dans le cadre des activités du Cercle et que ces images puissent être exploitées sous quelque forme que ce soit.

Plus particulièrement, mais sans limiter la généralité de ce qui précède, j'autorise le Cercle des mycologues de Montréal, ainsi que leurs représentants ou toute personne agissant avec leur permission à diffuser cette (ces) photo(s) sur tout support (ex. publicité, outil de communication, site Web, bulletin interne, etc.), et je les dégage de toute responsabilité à cet égard, étant également conscient(e) qu'ils ne sont pas responsables d'une utilisation non conforme de cette (ces) photo(s) par des tiers.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à accepter ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette renonciation. Si j'ai moins de 18 ans, je déclare avoir le consentement de mes parents ou d'un tuteur légal pour accepter ce formulaire et je fournirai, sur demande, des preuves légales de mon âge et du consentement desdits parents ou tuteurs ayant l'autorité de signer cette renonciation en mon nom.

Je peux retirer mon autorisation, par écrit, à tout moment.

\* \* \* \* \*

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

Retournez ce formulaire avec votre paiement à l'ordre du *Cercle des mycologues de Montréal* à l'adresse suivante:

Cercle des mycologues de Montréal  
Jardin botanique de Montréal  
4101, rue Sherbrooke Est  
Montréal QC H1X 2B2