



## DEMANDE D'ADHÉSION CHAPITRE H.O.G. REPENTIGNY # 9968 ET ABANDON DE RECOURS POUR ADULTES

NOM DU MEMBRE : \_\_\_\_\_ N° . MEMBRE AU CHAPITRE LOCALE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ PROV.: \_\_\_\_\_ CODE POSTALE.: \_\_\_\_\_

N° DE TÉL. : \_\_\_\_\_ No. CELLULAIRE : \_\_\_\_\_

ADRESSE COURRIEL OBLIGATOIRE : \_\_\_\_\_

**Je comprends qu'il faut être membre H.O.G. MD International pour pouvoir adhérer au Chapitre local. Je reconnais que mon adhésion à ce Chapitre sera annulée automatiquement si mon adhésion à H.O.G. MD International est invalide ou expirée. Je consens à me conformer aux règlements du Chapitre en tant que membre.**

N° D'ADHÉSION H.O.G. National : CD \_\_\_\_\_ DATE D'ÉCHÉANCE : \_\_\_\_\_

J'ai pris connaissance de la Charte annuelle des Chapitres H.O.G.MD et j'accepte, par la présente, de m'y plier en tant que membre du Chapitre susmentionné et parrainé par un détaillant. Je reconnais que, bien que ce Chapitre soit affilié à H.O.G.MD, il demeure une entité totalement indépendante et entièrement responsable de ses actes.

**– CECI EST UN ABANDON DE RECOURS : VEUILLEZ LE LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE SIGNER –**

Je reconnais et comprends que le détaillant parrainant, Harley Owners GroupMD (H.O.G.MD ), Harley-DavidsonMD Inc., la société Harley-Davidson Motor Company, mon Chapitre et ses officiers, administrateurs, employés et agents respectifs (collectivement appelés ci-après les « **PARTIES EXONÉRÉES** ») ne seront pas tenus responsables pour toute blessure corporelle (y compris la paralysie et la mort) ou pour tout dommage matériel que je pourrais subir ma propriété lors d'une quelconque activité organisée par H.O.G.MD ou le Chapitre H.O.G.MD et qui pourrait être causé par

les actions ou les omissions pouvant survenir lors de l'exercice des fonctions des parties exonérées' même si le dommage ou la blessure est causé par négligence (autre que la négligence délibérée). Je comprends et je reconnais que tous les membres H.O.G.MD et leurs invités participent volontairement et à leurs risques et périls à toutes les activités H.O.G.MD et j'accepte d'assumer tous les risques de blessure et de dommage matériel pouvant découler de telles activités. Par la présente je dégage de toute responsabilité les « **PARTIES EXONÉRÉES** » pour toute blessure ou perte personnelle ou matérielle pouvant résulter de ma participation aux activités et aux ÉVÉNEMENTS H.O.G.MD.

JE COMPRENDS QUE CELA SIGNIFIE QUE JE CONVIENS DE NE PAS INTENTER DE POURSUITES JUDICIAIRES CONTRE LES « **PARTIES EXONÉRÉES** » POUR TOUTE BLESSURE CORPORELLE OU DOMMAGE MATÉRIEL DÉCOULANT DE/OU ASSOCIÉ À L'EXERCICE DE LEURS FONCTIONS EN TANT QUE CHAPITRE QUI ORGANISE PLANIFIE OU CONDUIT LEDIT OU LESDITS ÉVÈNEMENTS.

**RENONCIATION DE DROITS EN VERTU DES LOIS DE L'ÉTAT**

Je renonce aussi à tous les avantages découlant de quelque texte législatif d'état que ce soit qui rendait nulle ou limiterait la portée de ce contrat de renonciation et d'indemnité, y compris, mais de façon non limitative, la Section 1542 du Code civil de la Californie prévoyant ce qui suit :

« Un abandon de recours général ne couvre pas les réclamations dont le créancier n'a pas pris connaissance ou qu'il ne soupçonne pas d'exister en sa faveur au moment de la signature de l'abandon de recours' et qui' si elles avaient été connues de lui, auraient affecté sensiblement son accord avec le débiteur. » En signant cet abandon, je certifie que j'ai lu ce document, que j'en comprends intégralement le contenu et que je ne me fie sur aucune déclaration ou représentation faite par les

« **PARTIES EXONÉRÉES** ».

**Noter que les silencieux de type «straight pipes ou 50/50 modifiés» ne seront pas tolérés. Initial \_\_\_\_\_**

SIGNATURE DU MEMBRE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_ COTISATION LOCALE 30.00 \$ MONTANT VERSÉ : \_\_\_\_\_

**LA CARTE DE MEMBRE EST VALIDE DU 1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE DE L'ANNÉE EN COURS.**

Chapitre H.O.G. Repentigny 9968

515 Rue Leclerc local 104 Repentigny J6A 8G9, 450-582-8617 Courriel : info@hogrepentigny.net http://hogrepentigny.net