

# CLUB DE CURLING DE KAPUSKASING CURLING CLUB

68, chemin Brunelle Road North

Kapuskasing ON

P5N 2L8

Telephone / Téléphone (705-335-8842)

Internet : [www.kapcurlingclub.ca](http://www.kapcurlingclub.ca) / [admin@kapcurlingclub.ca](mailto:admin@kapcurlingclub.ca)



## HELMET WAIVER

My child, \_\_\_\_\_ is under the age of 18 but is at least 12 years of age. In my opinion she/he is neither a beginner or a novice curler but an experienced curler. I am hereby releasing her/him from the obligation of wearing a CSA-approved helmet designed for ice sports whenever she/he steps onto the Kapuskasing Curling Club's ice surface. I accept full responsibility for any injury that my child might suffer as a result of this decision.

**Printed Name of Participant**

**Birth date**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Printed Name of Parent/Guardian**

**Signature of Parent/Guardian**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

## RENONCIATION : PORT D'UN CASQUE

Mon enfant, \_\_\_\_\_ a moins de 18 ans mais a au moins 12 ans. À mon avis elle/il n'est ni un curler débutant/e ni un curler novice mais un curler d'expérience. Je la/lui relève de l'obligation de porter un casque approuvé par le CSA et conçu pour les sports de glace à chaque fois qu'elle/il embarque sur la glace du Club de Curling de Kapuskasing. J'assume pleine responsabilité pour toute blessure subie par mon enfant suite à cette décision.

**Nom imprimé du/de la participant/e**

**Date de naissance**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nom imprimé d'un parent/gardien**

**Signature d'un parent/gardien**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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