cnib vision health. vision hope. | inca santé visuelle, une vision pour l'avenir.

Thank you for your kind Support!

WAIVER CLAUSE:
I, the undersigned, to my knowledge have no health impairment which might interfere with or preclude my participation in the above described activity. Accordingly, with respect of such participation, I hereby waive any and all claims for injury, loss or damage which may arise from any physical defect, infirmity capacity know to me insofar as CNIB its employees or agents may be found liable or responsible for any injury or loss sustained personal injury or loss sustained by me or my ward.

Signature or participant (or parent / guardian) Date:

CLAUSE DE LEVÉE
I, le sous-signé, à ma connaissance n'ont aucun affaiblissement de santé qui pourrait interférer ou exclut ma participation à l'activité ci-dessus décrite. En conséquence, avec le respect d'une telle participation, j'en écarte par ceci et toutes les réclamations pour les dommages, la perte ou les dommages qui peuvent résulter de n'importe quel défaut physique, capacité d'infirmité sais à moi en tant que CNIB ses employés ou agents peut être trouvé exposé ou responsable de n'importe quels dommages ou par perte de blessures soutenues perte ou a soutenu par moi ou ma salle.

Signature ou participant (ou parent/gardien) Date:

First Name/ Prénom **Last Name/ Dernier Nom** **Tel** **Office Tel**

Address/ Adresse: **City/ Ville** **Postal Code/ Code Postal**

NAME	ADDRESS	CITY	POSTAL CODE	TEL #	PLEDGE	RECEIVED

NAME	**ADDRESS**	**CITY**	**POSTAL CODE**	**TEL #**	**PLEDGE**	**RECEIVED**

◇The pledge collector is responsible for all pledge collections ◇ Charitable receipts are automatically provided for pledges of $15 or more
◇ Cheques should be made to: CNIB

◇The pledge collector is responsible for all pledge collections ◇ Charitable receipts are automatically provided for pledges of $15 or more
◇ Cheques should be made to: CNIB