

# Pre-Authorized Payment (PAP) - Membership Registration Form

LifeFIT Canada Centres (department/organization):

AgriFIT Centre     GAC Fitness Centre -  Centre 125  Centre 111     Health Club Santé - Brooke Claxton  
 Health Club Santé - Colonnade     NRCan Fitness     Other: \_\_\_\_\_

Place of employment / Department: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Birthdate: Day \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_    Gender Identity:  Male     Female     Non-binary/third gender  
 Prefer to self-describe     Prefer not to say

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_

Telephone: (h) \_\_\_\_\_ (w) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ (The email that appears will be used for communication with you.)

## ANNUAL MEMBERSHIPS *(All prices include taxes.)*

Start Date: \_\_\_\_\_

End Date: \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ANNUAL membership

## MEMBERSHIP & CANCELLATION POLICY

Annual memberships are valid for 12 months and can be cancelled within that period. To cancel, please submit your request in writing to [info@racentre.com](mailto:info@racentre.com) at least 30 days before your desired cancellation date. Please note that cancellations may incur an administration fee.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## PAYMENT OPTIONS

Today's payment: \$ \_\_\_\_\_

By my signature, I authorize the RA to debit the credit card below for the fee equal to the pro-rated amount due for the remaining days in this current month.

### Pre-authorized monthly payments:

By my signature, I authorize the RA to debit the credit card below in the amount of \$ \_\_\_\_\_ per month on the first business day of \_\_\_\_\_ and for each consecutive month following on the same date for a period of one year or until the current contract between the Centre and the RA concludes.

I authorize the credit card payments to be taken from the following:

Total amount due: \$ \_\_\_\_\_

VISA     MasterCard

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## INFORMED CONSENT

Thank you for choosing to use the facilities, services or programs of the Centre. We request your understanding and cooperation in maintaining both your and our safety and health by reading and signing the following INFORMED CONSENT AGREEMENT.

I, \_\_\_\_\_, declare that I intend to use some or all of the activities, facilities, programs and services ("Activities") offered by the Centre and I understand that each person, (myself included), has a different capacity for participating in Activities. I understand and acknowledge that part of the risk involved in undertaking Activities is relative to my own state of fitness or health (physical, mental or emotional) and the awareness, care and skill with which I conduct myself in that activity or program. I acknowledge that my choice to participate in Activities of the Centre brings with it an assumption by me of those risks or results stemming from this (these) choice(s) and the fitness, health, awareness, care and skill that I possess and use.

I am aware and acknowledge that all Activities offered are either educational, recreational or self directed in nature. I assume full responsibility during and after my participation, for my choices to use or apply, at my own risk, any portion of the information or instruction I receive and any equipment I use. In addition, I understand that I am free to reduce, modify or completely withdraw from my involvement in Activities and I acknowledge and realize that I should do so upon recognition of any signs of transient lightheadedness, fainting, chest discomfort, leg cramps, nausea, etc.

I further understand that the Activities offered by the Centre are sometimes conducted by personnel who may not be licensed, certified, or registered instructors or professionals. I accept the fact that the skills and competencies of some employees and/or volunteers will vary according to their training and experience and that no claim is made to offer assessment or treatment of any mental or physical disease or condition by those who are not duly licensed, certified or registered and employed to provide such professional service. In addition, I acknowledge that I have inquired about the nature of Activities that I am not completely familiar with and I have been informed of any inherent risks.

I am aware and agree with the Members' Code of Ethics and the Centre's Etiquette. It is understood that membership privileges may be revoked in the event that my conduct is not in keeping with the Centre's standards.

I further understand that the Centre and the Recreation Association of the Public Service of Canada hereinafter referred to as the ("RA") will collect health and other personal information from me with the intent to fulfill their obligation to me. I agree with the Centre and the RA's practice of keeping my personal information confidential and subject only to legal requirements to disclose or legal exceptions (emergency). I accept that the Centre and the RA will use this information to improve the services that I receive. I also appreciate that the Centre and the RA will not disclose, divulge or otherwise communicate to any person or business any such confidential information without my written consent to do so. Finally, I am aware that I can request the complete Privacy Policy at any time, by contacting the RA's Privacy Officer at 613-733-5100.

## DISCLAIMER AND WAIVER

I agree to assume all risks involved in participation in the activities, facilities, programs and services of the Centre. The RA, LifeFIT Canada, the Centre, His Majesty in Right of Canada, or their directors, officers, employees, servants and agents are not responsible for any loss, damage or injury for any reason whatsoever suffered by me or any other person either before, during or after participation in Activities, at the Centre, whether held at this facility or at any other location. I do hereby agree for myself, my spouse, heirs, executors, administrators and assigns do release and forever discharge the RA, LifeFIT Canada, the Centre, His Majesty in Right of Canada, or their directors, officers, employees, servants or agents of any and all claims, demands, damages, costs, expenses, actions or causes of action whether in law or equity in respect of death, injury, loss or damage to person or property however caused, including but not limited to negligence arising or to arise out of my participation in such activities and programs.

**I declare that I have read, understood and that I agree to the contents of this INFORMED CONSENT AGREEMENT and RELEASE OF LIABILITY in its entirety.**

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



RA Centre - 2451 Riverside Drive, Ottawa ON K1H 7X7  
613-733-5100 | [info@racentre.com](mailto:info@racentre.com)



RACentreOttawa

FOR OFFICE USE

Trainer: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Data entered by: \_\_\_\_\_

Date data entered: \_\_\_\_\_

# Accord de paiement préalable (APP) - Adhésion - Formulaire d'inscription

Centres LifeFIT Canada (ministère / organisme) :

Centre AgriFORME  Centre BonneFORME AMC -  Centre 125  Centre 111  Health Club Santé - Brooke Claxton  
 Health Club Santé - Colonnade  Centre de conditionnement physique RNCan  Autre : \_\_\_\_\_

Lieu de travail / Ministère : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Genre :  Masculin  Féminin  Identité personnelle  
 Non-identification

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (résidence) \_\_\_\_\_ (bureau) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ (Le courriel indiqué servira pour communiquer avec vous.)

## ADHÉSIONS ANNUELLES (Tous les prix incluent les taxes.)

Début : \_\_\_\_\_

Fin : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ ANNUELLES adhésion

## POLITIQUE D'ADHÉSION ET D'ANNULATION

Adhésions annuelles : En signant ci-dessous, je comprends que mon engagement relatif à mon adhésion est pour une période d'un an, à moins d'autres restrictions législatives. L'annulation peut être assujettie à des frais d'administration. Je reconnais en outre que le RA ne prendra en considération qu'une demande d'annulation écrite, pourvu que le motif soit fondé sur des restrictions médicales ou lorsque je ne serai plus admissible pour adhérer au Centre. Toutes les demandes d'annulation DOIVENT être faites par écrit à la monitrice ou au moniteur en chef du Centre.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## OPTIONS DE PAIEMENT

Paiement actuel : \_\_\_\_\_ \$

Par ma signature, j'autorise le RA à débiter la carte de crédit indiquée ci-dessous pour le montant dû calculé au prorata pour les jours restants du mois en cours.

Paiements mensuels préautorisés :

Par ma signature, j'autorise le RA à débiter la carte de crédit indiquée ci-dessous pour le montant de \_\_\_\_\_ \$ par mois le premier jour ouvrable de \_\_\_\_\_ et pour chaque mois consécutif à la même date pour une période d'un an ou jusqu'à l'expiration du contrat actuel entre le Centre et le RA.

J'autorise le prélèvement des paiements par carte de crédit sur la carte suivante :

Montant total dû : \_\_\_\_\_ \$

VISA  MasterCard

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Nous vous remercions d'avoir choisi d'utiliser les installations, services ou programmes du Centre. Nous demandons votre compréhension et votre collaboration afin d'assurer à la fois votre sécurité et votre santé, ainsi que les nôtres, en lisant et en signant le présent ACCORD DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, déclare vouloir utiliser une partie ou la totalité des activités, installations, programmes et services (les «Activités») offerts par le Centre et je comprends que chacun (moi y compris) a une capacité différente de participer à ces Activités. Je comprends et je reconnais qu'une partie du risque lié aux Activités dépend de ma propre condition physique ou de mon état de santé (physique, mental ou émotionnel) et de la sensibilisation, du soin et de la compétence dont je ferai preuve au cours de ce programme ou de cette activité. Je reconnais que mon choix de participer aux Activités du Centre suppose de ma part la prise en charge de ces risques ou de ces résultats, qui découlent de ce(s) choix, ainsi que de la condition physique, de l'état de santé, de la sensibilisation, du soin et de la compétence que je possède et auxquels je fais appel.

J'ai conscience et je reconnais que toutes les Activités offertes sont de type éducatif, récréatif ou personnel. J'assume toute responsabilité, pendant et après ma participation, pour mon choix d'utiliser ou d'appliquer, à mes propres risques, toute partie de l'information ou de l'enseignement que je recevrai et de tout matériel que j'utiliserai. En outre, j'ai conscience d'être libre de réduire, de modifier ou d'interrompre complètement ma participation aux Activités et je reconnais et réalise que je devrai le faire lors de l'apparition de tout signe d'étourdissement passager, de perte de conscience, de troubles thoraciques, de crampes dans les jambes, de nausées, etc.

J'ai en outre conscience du fait que les Activités offertes par le Centre sont parfois menées par un personnel qui n'est pas forcément composé de moniteurs ou de professionnels agréés, homologués ou enregistrés. J'admets que les compétences de certains employés et/ou bénévoles puissent varier selon leur formation et leur expérience et que ceux qui ne sont pas dûment agréés, homologués ou enregistrés, et par conséquent employés à cet effet, ne prétendent pas pouvoir évaluer ou traiter toute maladie ou affection mentale ou physique. En outre, je reconnais m'être renseigné sur la nature des Activités avec lesquelles je ne suis pas tout à fait familier et avoir été informé de tous les risques inhérents.

J'ai lu et j'accepte le Code d'éthique des membres et l'Étiquette du Centre. Il est entendu que les privilèges de mon adhésion peuvent être révoqués si ma conduite n'est pas conforme aux normes du Centre.

Il est par ailleurs entendu que le Centre et l'Association récréative de la Fonction publique du Canada ci-après dénommée le «RA» se procureront auprès de moi des données sur ma santé ainsi que d'autres renseignements personnels dans le but de s'acquitter de leurs obligations envers moi. J'accepte la méthode employée par le Centre et le RA dans le but d'assurer la confidentialité de mes données personnelles, lesquelles ne pourront être divulguées que pour des raisons ou des exceptions juridiques (en cas d'urgence). J'accepte que le Centre et le RA utilisent lesdites données à des fins d'améliorations des services que je reçois. Il est aussi entendu que le Centre et le RA ne révéleront, ne divulgueront ni ne communiqueront d'une manière ou d'une autre à qui que ce soit – personne ou entreprise – lesdits renseignements confidentiels sans mon consentement par écrit. Je suis au courant du fait que je peux demander à tout moment la version intégrale de la Politique sur la protection de la confidentialité, en communiquant avec l'agent de la protection des renseignements personnels du RA au numéro 613-733-5100.

## EXONÉRATION ET RENONCIATION

J'accepte d'assumer tous les risques découlant de ma participation aux activités, installations, programmes et services du Centre.

Le RA, LifeFIT Canada, le Centre et Sa Majesté du chef du Canada, ou leurs administrateurs, dirigeants, employés, préposés et agents, ne sont pas responsables de toute perte, de toute blessure ou de tout dommage subis pour une raison quelconque par moi-même ou par une autre personne avant, pendant ou après la participation aux Activités, au Centre, qu'elles aient lieu dans cette installation ou à tout autre endroit. Je consens par la présente pour moi-même, ma conjointe ou mon conjoint, mes héritiers, mes exécuteurs, mes administrateurs et mes ayants droit de libérer et de décharger pour toujours le RA, LifeFIT Canada, le Centre et Sa Majesté du chef du Canada, ou leurs administrateurs, dirigeants, employés, préposés ou agents, de tous dommages, réclamations, exigences, coûts, frais, poursuites ou motifs d'action, que ce soit en droit ou en équité, pour tout décès, blessure, perte ou dommage causé, de quelque façon que ce soit, à la personne ou à la propriété, y compris mais sans exclure la négligence découlant ou pouvant découler de ma participation à de telles activités et à de tels programmes.

**Je déclare avoir lu et compris les présents AVIS DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ et EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ, et j'y consens dans leur intégralité.**

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

# RA LIFEFIT

CentreRA-2451, promenadeRiverside, Ottawa(ON) K1H7X7

613-733-5100 | info@racentre.com

    RACentreOttawa

RÉSERVÉ AU BUREAU Monitrice / Moniteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Saisie effectuée par : \_\_\_\_\_ Date de la saisie : \_\_\_\_\_