Pre-Authorized Payment (PAP) - RA LifeFIT Fitness Services Membership Registration Form

Location:

☐ Health Club Santé Location: ☐ Brooke Claxton ☐ Colonnade Road

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.)

Emergency Contact Name: _____ Telephone: _____

MONTHLY MEMBERSHIPS *(All prices include tax)*

Membership by monthly pre-authorized payment.

Membership fees are charged monthly on a set date. A minimum commitment of three (3) months applies. Monthly payments will continue unless and until cancellation notice is provided in accordance with the required notice period.

When choosing a start date please allow for a minimum of 2 business days for your membership to be activated.

Start Date: _____

Fees are subject to change 12 months after your start date.

☐ $32.71 (HST incl.) **ADULT - Monthly Membership**

PAYMENT OPTIONS

Today's payment: $ _____

☐ VISA ☐ MasterCard

If my membership does not begin on the first of the month, I authorize the RA to charge my credit card a prorated fee for the remainder of the current month.

Pre-authorized monthly payments:

By my signature, I authorize the RA to debit the credit card on file in the amount of $_____ per month on the first day of _____ and for each consecutive month thereafter. Monthly payments will continue until I provide a minimum of 30 days' written notice of cancellation to the RA.

CANCELLATION POLICY

Monthly memberships are billed on a recurring monthly basis and require a minimum commitment of three (3) months. By purchasing a membership, I acknowledge and agree to this minimum commitment period. Memberships become eligible for cancellation after the initial three (3) months. Cancellation requests must be submitted in writing to info@racentre.com at least thirty (30) days prior to the desired cancellation date and are subject to review. Please note that cancellations a subject to an administration fee. In the event of a change in employment status, individuals must notify the RA in writing within seven (7) business days by emailing info@racentre.com. Timely notification allows for a full review of membership eligibility and available options; delays may limit resolution options.

Signature: _____

Date: _____

RA LIFEFIT

RA Centre - 2451 Riverside Drive, Ottawa ON K1H 7X7

613-733-5100 | info@racentre.com

FOR OFFICE USE Trainer: _____ Date: _____

Data entered by:_____ Date data entered: _____

INFORMED CONSENT & WAIVER OF LIABILITY

IMPORTANT – READ CAREFULLY

By signing this document, you are waiving certain legal rights, including the right to sue the RA Centre, LifeFIT Canada, or associated parties for injuries, damages, or losses that may occur during your participation in any activities, programs, or use of facilities.

1. Assumption of Risk

I, _____, acknowledge that participation in activities, programs, and services ("Activities") of the Centre involves inherent risks, including but not limited to:

Slips/falls/overexertion/sprains/strains/or other injuries/equipment malfunction or misuse/actions of staff, volunteers, or other participants

I understand that the level of risk varies depending on my fitness, health, awareness, and skill, and I freely accept responsibility for my participation and choices.

I also acknowledge that:

I can modify, reduce, or withdraw from any activity at any time for my safety.

I am responsible for monitoring my own condition and stopping if I experience symptoms such as dizziness, chest pain, leg cramps, nausea, or other discomfort.

Concussion Awareness (Rowan's Law, Ontario)

I understand that participation in some activities carries a risk of concussion or head injury. I acknowledge that:

Information on concussion signs, symptoms, and risks consistent with Rowan's Law is available through the Ontario Government: Rowan's Law Concussion Safety Resources, and I should familiarize myself with it.

If I experience or suspect a concussion during any RA-organized activity, I will immediately notify staff.

I will remove myself from activity if I experience concussion symptoms (e.g., headache, dizziness, nausea, confusion) and follow the Centre's return-to-activity protocols.

Staff are required to follow Rowan's Law protocols for suspected concussions, including removing participants and referring them for medical clearance.

2. Release of Liability

I release and forever discharge the RA Centre, LifeFIT Canada, His Majesty in Right of Canada, and their directors, officers, employees, volunteers, and agents (collectively, the "Released Parties") from any claims, demands, damages, or causes of action, including those arising from negligence, related to injury, death, or loss of property, whether occurring before, during, or after participation in any Activities.

3. Instructor Qualifications

I understand that some Activities may be led by staff or volunteers who are not licensed, certified, or registered professionals. While reasonable care is taken in instruction, no claim is made that Activities constitute medical, therapeutic, or professional advice.

4. Personal Information (PIPEDA Compliance)

I consent to the collection, use, and storage of my personal and health information by the RA to provide services. This information will be kept confidential, except as required by law or in emergencies. I understand that a copy of the RA Privacy Policy is available online here: www.racentre.com/policies.

5. Code of Conduct

I agree to follow the Centre's Member Code of Ethics. Membership privileges may be revoked for conduct not in accordance with these standards.

6. General Provisions

Severability: If any part of this agreement is found unenforceable, the remaining provisions remain in effect.

Governing Law: This agreement is governed by the laws of the Province of Ontario.

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: _____

Accord de paiement préalable (APP) -

Formulaire d'adhésion aux services de remise en forme RA LifeFIT

Emplacement:

☐ Health Club Santé Location: ☐ Brooke Claxton ☐ Chemin Colonnade

Nom: _____

Date de naissance: Jour_____ Mois_____ Année_____ Genre: ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Non-binaire/troisième sexe ☐ préfèrent s'auto-décrire ☐ préfèrent ne pas le dire

Adresse : _____ Ville:_____ Code postal: _____

Téléphone: (résidence) _____ (bureau) _____

Courriel: _____ *(Le courriel indiqué servira pour communiquer avec vous.)*

Nom du contact d'urgence _____ Téléphone: _____

ADHÉSIONS MENSUELS *(Tous les prix incluent les taxes.)*

Abonnement par prélèvement automatique mensuel.

Les frais d'abonnement sont prélevés chaque mois à une date fixe. Un engagement minimum de trois (3) mois s'applique. Les prélèvements mensuels se poursuivront jusqu'à ce qu'un avis de résiliation soit fourni dans le respect du délai de préavis requis. Lorsque vous choisissez une date de début, veuillez prévoir un délai minimum de 2 jours ouvrables pour l'activation de votre abonnement

Début : _____

Les frais sont susceptibles d'être modifiés 12 mois après votre date d'entrée en fonction.

☐ 32,71$$ (HST Incl.) **ADULTES - Adhésion menuels**

OPTIONS DE PAIMENT

Paiement aujourd'hui: _____ $

☐VISA ☐MasterCard

Si mon abonnement ne commence pas le premier du mois, j'autorise la RA à prélever sur ma carte de crédit un montant calculé au prorata pour le reste du mois en cours.

PAIEMENTS MENSUELS PRÉAUTORISÉS :

Par ma signature, j'autorise la RA à débiter la carte de crédit enregistrée dans nos dossiers d'un montant de _____ $ par mois, le premier jour de _____, puis chaque mois suivant. Les prélèvements mensuels se poursuivront jusqu'à ce que j'adresse à la RA un préavis écrit de résiliation d'au moins 30 jours.

POLITIQUE D'ANNULATION

Les abonnements mensuels sont facturés de manière récurrente chaque mois et nécessitent un engagement minimum de trois (3) mois. En souscrivant à un abonnement, je prends acte de cette période d'engagement minimum et l'accepte. Les abonnements peuvent être résiliés à l'issue des trois (3) premiers mois. Les demandes de résiliation doivent être adressées par écrit à info@racentre.com au moins trente (30) jours avant la date de résiliation souhaitée et sont soumises à examen. Veuillez noter que les annulations donnent lieu à des frais administratifs. En cas de changement de situation professionnelle, les personnes concernées doivent en informer le RA par écrit dans un délai de sept (7) jours ouvrables en envoyant un e-mail à info@racentre.com. Une notification en temps utile permet un examen complet de l'éligibilité à l'abonnement et des options disponibles ; tout retard peut limiter les possibilités de résolution.

Signature : _____

Date : _____

RA LIFEFIT

Centre RA - 2451, promenade Riverside, Ottawa (ON) K1H 7X7

613-733-5100 | info@racentre.com

RÉSERVÉ AU BUREAU Monitrice / Moniteur : _____ Date : _____

Saisie effectuée par :_____ Date de la saisie : _____

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

IMPORTANT – À LIRE ATTENTIVEMENT

En signant ce document, vous renoncez à certains droits légaux, notamment le droit d'intenter une action en justice contre le RA Centre, LifeFIT Canada ou toute partie associée pour des blessures, des dommages ou des pertes pouvant survenir lors de votre participation à des activités ou à des programmes, ou lors de l'utilisation des installations.

1.Acceptation des risques

Je soussigné(e), _____, reconnais que la participation aux activités, programmes et services (ci-après dénommés « Activités ») du Centre comporte des risques inhérents, notamment, mais sans s'y limiter :

Chutes, glissades, surmenage, entorses, foulures ou autres blessures ; dysfonctionnement ou mauvaise utilisation du matériel ; actes du personnel, des bénévoles ou d'autres participants

Je comprends que le niveau de risque varie en fonction de ma condition physique, de mon état de santé, de ma vigilance et de mes compétences, et j'assume pleinement la responsabilité de ma participation et de mes choix

Je reconnais également que :

Je peux à tout moment modifier, réduire ou interrompre toute activité pour ma propre sécurité.

Il m'incombe de surveiller mon état de santé et de m'arrêter si je ressens des symptômes tels que des vertiges, des douleurs thoraciques, des crampes aux jambes, des nausées ou tout autre malaise.

Sensibilisation aux commotions cérébrales (loi Rowan, Ontario)

Je comprends que la participation à certaines activités comporte un risque de commotion cérébrale ou de traumatisme crânien. Je reconnais que :

Des informations sur les signes, les symptômes et les risques liés aux commotions cérébrales, conformément à la loi Rowan, sont disponibles auprès du gouvernement de l'Ontario : Ressources de la loi Rowan sur la sécurité en matière de commotions cérébrales. Je devrais m'y familiariser.

Si je souffre d'une commotion cérébrale ou si je soupçonne en avoir une lors d'une activité organisée par la RA, j'en informerai immédiatement le personnel.

Je cesserai toute activité si je présente des symptômes de commotion cérébrale (par exemple, maux de tête, vertiges, nausées, confusion) et je respecterai les protocoles de reprise d'activité du Centre.

Le personnel est tenu de respecter les protocoles prévus par la loi Rowan en cas de suspicion de commotion cérébrale, notamment en retirant les participants de l'activité et en les orientant vers un médecin pour obtenir un avis médical.

2. Décharge de responsabilité

Je dégage définitivement de toute responsabilité le Centre RA, LifeFIT Canada, Sa Majesté du chef du Canada, ainsi que leurs administrateurs, dirigeants, employés, bénévoles et mandataires (collectivement, les « parties déchargées ») de toute réclamation, demande, préjudice ou cause d'action, y compris ceux découlant d'une négligence, liés à une blessure, un décès ou une perte de biens, qu'ils surviennent avant, pendant ou après la participation à toute activité.

3. Qualifications des formateurs

Je comprends que certaines activités peuvent être animées par des membres du personnel ou des bénévoles qui ne sont pas des professionnels agréés, certifiés ou enregistrés. Bien que les instructions soient dispensées avec toute la diligence requise, il n'est en aucun cas prétendu que ces activités constituent des conseils médicaux, thérapeutiques ou professionnels.

4. Données personnelles (conformité à la LPRPDE)

J'accepte que la RA collecte, utilise et conserve mes données personnelles et médicales afin de me fournir des services. Ces informations resteront confidentielles, sauf si la loi l'exige ou en cas d'urgence. Je comprends qu'une copie de la politique de confidentialité de RA est disponible en ligne à l'adresse suivante : www.racentre.com/policies.

5. Code de conduite

J'accepte de respecter le code de déontologie des membres du Centre. Les privilèges liés à l'adhésion peuvent être retirés en cas de comportement non conforme à ces normes.

6. Dispositions générales

Clause de divisibilité : Si une partie quelconque du présent contrat est jugée inapplicable, les autres dispositions restent en vigueur.

Droit applicable : Le présent contrat est régi par les lois de la province de l'Ontario.

Je déclare avoir lu et compris le présent ACCORD DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ et la décharge de responsabilité, et j'en accepte l'intégralité.

Signature:_____

Date: _____