



**Willowbank Equestrian Centre/Centre Équestre la Rive des Saules**  
**Equine-Facilitated Health Promotion / La promotion équestre de la Santé**

**Program Manager/ Chef du Programme: Carol Miller, PhD, Cancer Research/Community Medicine**  
**Institutrice ACET / CanTRA Instructor**

**Ferme Willowbank Farm**  
**#1811 Concession 1, Plantagenet**  
**Ontario, Canada K0B 1L0**

**Téléphone: (613) 673-4875**

**Toll Free: (613) 513-7309**  
**e-mail: willowb@bellnet.ca**



**PARTICIPANT REGISTRATION/INSCRIPTION DU PARTICIPANT**

For ALL participants - able & with disability  
**pour TOUS les participants - robuste & avec un défi**

For signature by parent/guardian or responsible Social Worker  
**Pour la signature du parent/gardien ou travailleuse sociale responsable**

NOTE: Participants with physical disability must also submit MEDICAL FORMS\* signed by a physician or physiotherapist and Parent.

Participants with mental limitations must have this Registration Form signed by a Case Worker as well as Parent.

**NOTA: Les participants avec un défi physique doit aussi fournir les FOMULAIRES MÉDICAUX\* signé par un médecin ou un physiotherapeute et un parent.**  
**Les participants avec un défi mentale doit fournir la signature d'un(e) travailleuse et un parent sur cette formulaire d'Inscription.**

\*Available from Willowbank 613-673-4875 or [willowb@bellnet.ca](mailto:willowb@bellnet.ca)

**\*Disponible de Willowbank 613-673-4875 ou [willowb@bellnet.ca](mailto:willowb@bellnet.ca)**

**Willowbank Equestrian Centre/Centre Équestre la Rive des Saules**  
**Equine-Facilitated Health Promotion / La promotion équestre de la Santé**  
 (613) 673-4875 [willowb@bellnet.ca](mailto:willowb@bellnet.ca)

**PARTICIPANT REGISTRATION / INSCRIPTION du PARTICIPANT**

Name/Nom \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Weight/Poids \_\_\_\_\_

Health Card/Carte de Santé \_\_\_\_\_

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Address/Adresse \_\_\_\_\_

City/Ville \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ PC/C.P. \_\_\_\_\_

In case of medical emergency contact/ en cas d'urgence appelez Dr. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

1. Is this participant up-to-date with an immunization program supervised by a physician or school? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 Est-ce que le participant est au courant avec l'immunisation? \_\_\_\_\_

2. Does the participant have any allergies? Specify. Est-ce que le participant a des allergies? Spécifiez. Yes \_\_\_ No \_\_\_

3. Any special dietary requirements? Specify. Besoins spéciaux alimentaires? Spécifiez. Yes \_\_\_ No \_\_\_

4. Any physical or mental disability? If yes, medical forms must be signed by a physician or PT/OT. Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 Déphysique ou mentale? Si oui, les formules medicaux doit être signer par un médecin , physio- ou ortho- thérapeute.

5. Does the participant have any other special needs - emotional, supervision, equipment etc.? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 Est-ce qu'il y a d'autres besoins - émotif, supervision, équipement etc.?

6. Does the participant require medication? Est-ce que le participant prend des médicaments? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 If yes specify. Si oui, spécifiez. \_\_\_\_\_

Need assistance with medication or activities of daily living (toilet, eating, dressing)? Yes \_\_\_ No \_\_\_

Besoin d'assistance avec le médicament, toilette, manger, habillement?

If yes, will the participant be accompanied by a personal aide? Yes \_\_\_ No \_\_\_

Si oui, est-ce qu'il y aura un accompagnateur dédié?

7. Does this participant have any communicable disease (head lice, hepatitis, HIV, AIDS, cholera etc)? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 Est-ce que le participant a une maladie communicable (punaise, Hepatite, HIV, AIDS choléra etc.?)

**I give my consent for the participant named above to take part in the following activities:**

**Je consent au participation du personne mentionné ci-dessus aux activités suivantes:**

Riding / L'équitation Yes \_\_\_ No \_\_\_

Live-in accommodations at/ Accommodation residential chez \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_ No \_\_\_

Ride in a private automobile driven by /Transport par auto privé conduit par \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_ No \_\_\_

Swim in a private pool / Natation, piscine privé with adult supervisor/ Superviseur adult (récréative) Yes \_\_\_ No \_\_\_

with Life Guard only/ Sauveteur seulement (leçons) Yes \_\_\_ No \_\_\_

Canoeing/Canotage Yes \_\_\_ No \_\_\_

Camping overnight (tent) / Fait le camping un nuit (tente)

Yes \_\_\_ No \_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Signature parent/guardian// Signature parent ou guardian date

\_\_\_\_\_  
 Signature Case Worker Signature travailleuse sociale date

**AGREEMENT FOR ACCEPTANCE OF RISK**

I request permission for \_\_\_\_\_ to participate in horseback riding and other related activities offered by Passage Equitation Therapeutic Riding Association and/or Willowbank Farm Riding School.

I fully understand that these activities are dangerous. I wish to participate and allow my child to participate knowing such activities are dangerous.

I accept and assume all the risks of injury (including death) to myself, my child or damage to my property. I represent and warrant that I have the authority to give this release.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
date

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
date

**Ou/Or**

**ENTENTE D'ACCEPTANCE DU RISQUE**

Je demande la permission pour \_\_\_\_\_ de participer en equitation et autres activités offrir par l'Association d'équitation thérapeutique PASSAGE et/ou Willowbank Farm Riding School.

Je comprends que l'équitation et autres activités associés sont dangereux. Je voudrais participer et permettre participer mon enfant dans ses activités, savant qu'ils sont dangereux.

J'accepte et assume tous les risques de blessure (le mort inclus) pour moi-meme et mon enfant ou le dommage à mes materiels. Je represent et warrant que je suis autorisé de donner cette entente.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
date

\_\_\_\_\_  
Witness/Témoin

\_\_\_\_\_  
date

## CONSENT TO INFORMATION & PHOTO RELEASE & POSITION ADJUSTMENT

In consideration of provision of services by Willowbank Equestrian Centre, and/ or Willowbank Farm Riding School (Willowbank) to \_\_\_\_\_ I hereby:

name

(a) Authorize Willowbank to release to their staff, instructors and volunteers such information as may be necessary to conduct a beneficial and safe riding program;

(b) Recognize that therapeutic riding involves adjustment of the rider's posture/position by physical touch, and agree to discuss any related concerns with the instructor. Some children and adults may need to learn their rights in regard to safe touch, and Willowbank will be glad make this a priority as required;

You may delete (c) and (d) if you wish.

(c) Grant permission to the said Willowbank and their staff and volunteers to take and use for the purpose of instruction, reporting, publication and similar purposes, photographs or video recordings of the above named person;

(d) Release all claims on behalf of myself, my heirs, executors, administrators and assigns which I (or the said child) may have against the said Willowbank, their affiliates and all members of its staff and volunteers, for the use of any information, photographs or video recordings taken and used as aforesaid.

Signature \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date

Relationship of signatory to child \_\_\_\_\_ Witness \_\_\_\_\_

## ENTENTE DE LA DÉCHARGE de l'INFORMATION, les PHOTOS et les VIDEOS et de l'ADJUSTEMENT de POSITION

En consideration de provision du Centre Équestre Willowbank et/ou Willowbank Farm Riding School (Willowbank) à \_\_\_\_\_ je:

Nom de participant

(a) Autorise Willowbank de libérer aux instructeurs et bénévoles tels informations nécessaires de conduire un program d'équitaion avantageux et sur:

(b) Reconnais que l'ajustement du position corporeal est nécessaire pour l'équitation thérapeutique, et je suis d'accord de discuter aucunes concernes avec l'instructeur. (Quelques enfants et adults aient besoins d'apprendre leurs droits au sujet de contacte physique et nous serons heureux de le faire un des buts comme réquis.)

(c) Donne permission à Willowbank et leurs employées et bénévoles de prendre et utiliser les photos et/ou videos pour l'instruction, la reportage et la formation publique ou autres buts de meme genre;

(d) Décharge tous les pretensions du part de moi-meme, mes héritiers et executeurs testamentaires, dont moi-meme ou l'enfant indiqué peuvent avoir contre Willowbank, ses associés et tous leurs employées et /ou bénévoles cause de le usage des information, photos et/ou videos faites ou utiliser comme au-dessus.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Relation avec l'enfant \_\_\_\_\_ Témoins \_\_\_\_\_

## Willowbank Equestrian Centre/Centre Équestre la Rive des Saules Equine-Facilitated Health Promotion / La promotion équestre de la Santé

REFERRING AGENCY or FAMILY MEMBERSHIP in Willowbank Equestrian Centre  
*ADHERENCE de l'AGENCE ATTRIBUABLE ou de la FAMILLE au Centre Équestre la Rive des Saules*

Willowbank can offer service to the community *only* because the community itself contributes time and expertise. Each family and organization, school, or agency with a rider or volunteer at Willowbank Equestrian Centre is entitled to one vote in the Centre.

*Willowbank peut offrir les services communautaires seulement en raison des contributions de temps et d'expérience de nos voisins. Chaque famille, organisation, école ou agence avec un cavalier ou une bénévole avec le Centre Équestre la Rive des Saules peut voter comme membre du centre.*

It is important to register one adult to represent your interests and show community involvement by volunteering. Funding (trillium etc) depends on number of members. There is no fee. Please show your support by joining.

*Il est urgent d'enregistrer un(e) adult(e) pour représenter vos intérêts et démontrer l'implication de la communauté et d'aider la levée des fonds. Il n'y a pas de frais. Veuillez démontrer votre support par se réunir.*

Name of participating (rider/volunteer) \_\_\_\_\_  
*Nom de participant (cavalier/ bénévole)*

Name of parent/guardian, case worker, organization, school, agency \_\_\_\_\_  
*Nom de parent/gardien/ travailleuse, organisation/école/agence*

Address \_\_\_\_\_  
*Adresse*

\_\_\_\_\_ PC/CP \_\_\_\_\_

Tel (home/**maison**) \_\_\_\_\_ (office/**bureau**) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Would you assist a Working Group? Check any of interest to you.

*Est-ce qu'on peut aider un Groupe de Travail? Marquez toutes que vous intéressent.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Country Fair / <b>Foire Campagnarde</b><br><input type="checkbox"/> Annual community fundraiser<br><input type="checkbox"/> <b>Levée de fonds communautaire annuel</b><br><input type="checkbox"/> Volunteer* horses <b>Bénévole*-chevaux</b><br><input type="checkbox"/> Sales - mugs, shirts <b>Ventes-tasses, chemises</b><br><input type="checkbox"/> Trip to ONTRA Games <b>Voyage chez jeux d'ONTRA</b><br><input type="checkbox"/> Snack Bar supervision<br><input type="checkbox"/> Painting Bee/ <b>Journée de peinture</b> | <input type="checkbox"/> On call for special activities<br><input type="checkbox"/> <b>Activités spéciales sur appel</b><br><input type="checkbox"/> Flower Sale/ <b>Vente des fleurs</b><br><input type="checkbox"/> Volunteer* -riders <b>Bénévole*-cavaliers</b><br><input type="checkbox"/> Volunteer*- meals <b>Bénévole*- repas</b><br><input type="checkbox"/> Volunteer*-clean leather, tack etc<br><input type="checkbox"/> <b>Bénévole* -nettoyage de cuir, selles etc</b> |
|---|--|

Board\*\* - management decisions  
 **Direction\*\* - décisions générales**

Sorry, I am not available at this time. **Désolé, je ne suis pas disponible maintenant.**

\*Once per week for a minimum of 8 weeks

**\*Un fois par semaine, minimum de 8 semaines**

\*\* 4 meetings per year

**\*\* 4 réunions par ans**

