

Membership and Insurance Waiver Form

First name (s) _____

Last name _____

Address _____

Tel: _____ Mobile: _____

Email: _____

- Single membership €10 **or** Family membership €15*
** Includes two children under 18 years*

Names of children under 18 years:

1) _____ 2) _____

Interests:

- Acting Directing Play readings Dancing Chorus
 Stage Manager Backstage Lighting Sound effects
 Scenery Construction Painting Props Makeup Costumes
 Press and Publicity Treasurer Committee work Front of house
 Social Events Other _____

Membership Paid by : Cash Bank Transfer Cheque

Millennium BCP Bank Details: Os Algarvios Teatro Experimental

IBAN: PT50-0033-0000-454324285545-05

BIC/SWIFT: BCOMPTPL

ACCIDENT LIABILITY WAIVER

I, the undersigned, understand that if I carry out any work or occupation on behalf of The Algarveans Experimental Theatre Group (The Algarveans), either in a theatre, workshop or elsewhere, I do so at my own risk and in the knowledge that if I were to suffer any accident, even fatal, neither I, nor my dependents, nor beneficiaries have any claim against the aforementioned society nor any officer of that society.

I realise that if I do not cover myself through a personal accident insurance, that I will be personally responsible for any medical or other expenses consequential to an accident.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, o abaixo assinado, declaro que se trabalhar ou ocupar-me em qualquer actividade ligado a Sociedade, Os Algarvios Teãtro Experimental, seja no teatro, oficina ou outro sitio qualquer, que o faço à minha responsabilidade, sabendo que se sofrer qualquer acidente, mesmo que seja fatal, nem eu, nem os meus dependentes ou beneficiários têm o direito a fazer qualquer reclamação contra a Sociedade acima mencionada ou a qualquer um dos seus membros.

Também declaro que, se não tiver uma apólice de seguro contra acidentes pessoais, serei responsável por quaisquer despesas (médicas ou outras) em consequência de algum acidente.

SIGNATURE / ASSINATURA:

(For a child under 18, Parent or Guardian must sign AND complete below name of child you are signing for)

(Para uma criança menor de 18 anos, o pai ou pessoa responsável deve assinar e preencher abaixo o nome da criança para quem está assinando)

CHILD'S NAME/ NOME DA CRIANÇA :

DATE / DATA:

Please return to / Favor devolver à Karen Morris-Marks – Membership Secretary /
Secretária

Email: algarveansmembership@gmail.com, Tel: 969 794 982

Website: www.thealgarveans.com Facebook: the algarveans theatre group