



FORMULAIRE DE DON

LE JOUR DE L'ÉVÉNEMENT, veuillez remettre vos formulaires de dons et y attacher les chèques faits au nom de Dystrophie musculaire Canada. Selon les directives de l'ARC, les donateurs doivent fournir leur adresse postale complète s'ils désirent recevoir un reçu officiel pour les dons. Un reçu sera envoyé par courriel pour tous les dons, quel que soit leur montant. Des reçus seront envoyés par la poste seulement pour les dons de 20 \$ et plus.

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 107755837RR0001

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom		Prénom et initiale(s)	
Adresse		Bureau/app./unité	
Ville	Province	Code postal	
*Courriel			
Tél. (résidence)		Tél. (travail)	

Svp, aidez-moi à atteindre mon objectif :



RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉVÉNEMENT

Endroit de la marche
Date de l'événement

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPE

Nom de l'équipe
Prénom et nom du capitaine d'équipe

DONATEURS (LETTRES MOULÉES)

DONATEURS (LETTRES MOULÉES)						MONTANT DU DON
1	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel			
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal	
						<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
2	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel			
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal	
						<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
3	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel			
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal	
						<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
4	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel			
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal	
						<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

*Dystrophie musculaire Canada recueille des renseignements personnels pour communiquer avec ses sympathisants au sujet de sa mission : la recherche, la prestation de services et la collecte de fonds. En fournissant ces renseignements, vous autorisez Dystrophie musculaire Canada à communiquer avec vous. Notre politique de respect de la vie privée est disponible sur demande.

Dégagement de responsabilité : En participant à l'événement Marcher et rouler pour DMC, j'autorise Dystrophie musculaire Canada à me prendre en photo dans le cadre de ma participation à cet événement et à utiliser de telles photographies à ses propres fins dans tout média de son choix. Par la présente, je libère et exonère Dystrophie musculaire Canada, ses agents, employés ou licenciés, commanditaires, représentants ou organisateurs de l'événement Marcher et rouler pour DMC de toutes réclamations ou poursuites de ma part ou de celle de mes héritiers, exécuteurs testamentaires ou administrateurs relativement à toute blessure, maladie ou décès pouvant résulter directement ou indirectement de ma participation à l'événement Marcher et rouler pour DMC et de toute réclamation résultant de l'utilisation de mon nom ou de toute photo de ma personne. Je comprends que je ne recevrai aucune compensation, financière ou autre, pour aucun des objets mentionnés précédemment. Ma seule compensation est la possibilité de contribuer aux activités de Dystrophie musculaire Canada. J'ai lu, compris et accepté cette entente avant de participer à l'événement Marcher et rouler pour DMC.

Total de la page : _____ \$

Page _____ de _____

Montant total/toutes les pages : _____ \$

Signature du participant ou de son tuteur si moins de 16 ans

Date

40 Eglinton Avenue East, Unit 500
Toronto, ON M4P 3A2
1-800-567-2873 | muscle.ca



Nom du participant :

Nom de l'équipe :

DONATEUR					DONATION AMOUNT
1	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel		<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	
2	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel		<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	
3	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel		<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	
4	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel		<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	
5	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel		<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	
6	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel		<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	
7	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel		<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	
8	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel		<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	
9	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel		<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	
10	Prénom et nom du donateur/de la donatrice	Tél.	*Courriel		<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque reçu par courriel? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	

*Dystrophie musculaire Canada recueille des renseignements personnels pour communiquer avec ses sympathisants au sujet de sa mission : la recherche, la prestation de services et la collecte de fonds. En fournissant ces renseignements, vous autorisez Dystrophie musculaire Canada à communiquer avec vous. Notre politique de respect de la vie privée est disponible sur demande.



40 Eglinton Avenue East, Unit 500
 Toronto, ON M4P 3A2
 1-800-567-2873 | muscle.ca

Total de la page : _____ \$

Page _____ de _____

Montant total/toutes les pages : _____ \$