

## DONATEURS

Lieu de la marche : \_\_\_\_\_

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

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Prov. : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ N° de tél. (jour) : \_\_\_\_\_  Domicile  Travail

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Je consens à ce que la Société canadienne de la sclérose en plaques communique avec moi par courrier électronique.

Veillez entrer sur le présent formulaire **UNIQUEMENT** les dons par chèque ou en espèces. **Pour les dons par carte de crédit, rendez-vous sur notre site sécurisé [marchedelespoir.ca](http://marchedelespoir.ca) ou composez le 1 800 268-7582.** • Les personnes qui font un don de 20 \$ ou plus recevront automatiquement un reçu officiel si une adresse postale valide nous est transmise. Si un donateur fournit son adresse électronique, nous lui ferons parvenir son reçu officiel par courriel. • Une adresse postale valide et complète est requise pour qu'un reçu officiel soit produit, et ce, même si une adresse de courriel est fournie.

				Montant du don	
1	PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne)	NOM DE FAMILLE	ADRESSE COURRIEL	N° DE TÉLÉPHONE	
	N° D'APP	ADRESSE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
				<input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 75 \$ <input type="checkbox"/> 100 \$ OU _____ \$	
2	PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne)	NOM DE FAMILLE	ADRESSE COURRIEL	N° DE TÉLÉPHONE	
	N° D'APP	ADRESSE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
				<input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 75 \$ <input type="checkbox"/> 100 \$ OU _____ \$	
3	PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne)	NOM DE FAMILLE	ADRESSE COURRIEL	N° DE TÉLÉPHONE	
	N° D'APP	ADRESSE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
				<input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 75 \$ <input type="checkbox"/> 100 \$ OU _____ \$	
4	PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne)	NOM DE FAMILLE	ADRESSE COURRIEL	N° DE TÉLÉPHONE	
	N° D'APP	ADRESSE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
				<input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 75 \$ <input type="checkbox"/> 100 \$ OU _____ \$	
5	PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne)	NOM DE FAMILLE	ADRESSE COURRIEL	N° DE TÉLÉPHONE	
	N° D'APP	ADRESSE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
				<input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 75 \$ <input type="checkbox"/> 100 \$ OU _____ \$	

Il est entendu que les fonds que je recueille serviront à soutenir la mission de la Société canadienne de la sclérose en plaques.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant ou de la participante (ou du parent ou du tuteur si le participant ou la participante a moins de 18 ans)

Total de ce formulaire	_____ \$
------------------------	----------