



Fondation
québécoise
du cancer

dans les écoles!

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom et prénom _____		Nom de l'école _____	
Courriel _____		Tél. (résidence) _____	Tél. (cellulaire) _____
Adresse _____			Bureau/app./unité _____
Ville _____		Province _____	Code postal _____

Je comprends que les fonds recueillis visent à soutenir le Programme à Félix de la Fondation québécoise du cancer.

Signature du participant (ou tuteur légal si le participant est âgé de moins de 18 ans)

DONATEUR (SVP, ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

MONTANT DU DON

1	Prénom et nom du donateur _____	Tél. _____	Courriel facultatif _____	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir des nouvelles de la Fondation	<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu fiscal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Adresse _____	Bureau/app./unité _____	Ville _____	Prov. _____	
2	Prénom et nom du donateur _____	Tél. _____	Courriel facultatif _____	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir des nouvelles de la Fondation	<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu fiscal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Adresse _____	Bureau/app./unité _____	Ville _____	Prov. _____	
3	Prénom et nom du donateur _____	Tél. _____	Courriel facultatif _____	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir des nouvelles de la Fondation	<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu fiscal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Adresse _____	Bureau/app./unité _____	Ville _____	Prov. _____	
4	Prénom et nom du donateur _____	Tél. _____	Courriel facultatif _____	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir des nouvelles de la Fondation	<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu fiscal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Adresse _____	Bureau/app./unité _____	Ville _____	Prov. _____	
5	Prénom et nom du donateur _____	Tél. _____	Courriel facultatif _____	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir des nouvelles de la Fondation	<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu fiscal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Adresse _____	Bureau/app./unité _____	Ville _____	Prov. _____	

Retournez ce formulaire dûment rempli et tous vos dons à : Fondation québécoise du cancer, 2075, rue de Champlain, Montréal, Québec, H2L 2T1

Pour toute information : 1 877 336-4443 | Téléc. : 514 527-1943 | Courriel : gddanslesecoles@fqc.qc.ca