



Fondation
québécoise
du cancer

La marche!

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Appellation : M. Mme Nom de l'équipe _____

Prénom _____ Nom _____

Courriel* _____ Tél. (résidence) _____ Tél. (travail) _____

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

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

LA MARCHÉ DU GRAND DÉFOULEMENT DE :

- Gatineau et Abitibi-Témiscamingue Laval (La marche de chez toi) Québec
 Granby Montréal Trois-Rivières

DONATEUR(S)

MONTANT DU DON

Veillez écrire en lettres moulées.

Pour obtenir un reçu fiscal, assurez-vous que l'adresse postale soit complète.

* En nous fournissant votre adresse courriel, vous recevrez des communications de la part de la Fondation québécoise du cancer.

1	Appellation : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Prénom _____	Nom _____	Reçu fiscal? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ \$
	Tél. _____	Courriel* _____		<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Amex N° de carte : _____ Date d'expiration : _____	
	Adresse _____	Bureau/app./unité _____	Ville _____	Prov. _____	Code postal _____
	<input type="checkbox"/> Ce don a déjà été inscrit sur ma page de participant				
2	Appellation : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Prénom _____	Nom _____	Reçu fiscal? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ \$
	Tél. _____	Courriel* _____		<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Amex N° de carte : _____ Date d'expiration : _____	
	Adresse _____	Bureau/app./unité _____	Ville _____	Prov. _____	Code postal _____
	<input type="checkbox"/> Ce don a déjà été inscrit sur ma page de participant				
3	Appellation : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Prénom _____	Nom _____	Reçu fiscal? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ \$
	Tél. _____	Courriel* _____		<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Amex N° de carte : _____ Date d'expiration : _____	
	Adresse _____	Bureau/app./unité _____	Ville _____	Prov. _____	Code postal _____
	<input type="checkbox"/> Ce don a déjà été inscrit sur ma page de participant				

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 ou 514 527-2194 | lamarchegd@fqc.qc.ca