



Fondation
québécoise
du cancer

La marche!

Présentée par



RENSEIGNEMENTS SUR LE/LA PARTICIPANT-E

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/de la participant-e (ou tuteur-riche légal-e si le/la participant-e est âgé-e de moins de 18 ans)

LA MARCHÉ DU GRAND DÉFOULEMENT DE :

Granby
 Montréal

Outaouais
 Québec

Rouyn-Noranda
 Trois-Rivières

DONATEUR-RICE(S)

MONTANT DU DON

Veuillez 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