



RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

FORMULAIRE DE COLLECTE DE FONDS

Prénom et nom du participant		Courriel	Téléphone
Adresse	bureau/app./unité	Ville	Province

Par la présente, nous attestons l'engagement du participant mentionné ci-haut dans le Défi des Îles-de-la Madeleine, au profit de la Fondation québécoise du cancer. Sa participation démontre sa solidarité envers toutes les personnes touchées par le cancer.

Tout don de 20 \$ et plus est déductible d'impôt. À cet effet, nous vous demandons de bien vouloir nous donner vos coordonnées complètes pour l'émission d'un reçu officiel.

DONATEUR (SVP, ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)					MONTANT DU DON
1	Prénom et nom du donateur	Tél.	*Courriel facultatif		\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu officiel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	Prénom et nom du donateur	Tél.	*Courriel facultatif		\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu officiel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Prénom et nom du donateur	Tél.	*Courriel facultatif		\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu officiel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	Prénom et nom du donateur	Tél.	*Courriel facultatif		\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov. Code postal	<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu officiel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

TOTAL	\$
--------------	----

DONATEUR (SVP, ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)					MONTANT DU DON
5	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Reçu officiel
6	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Reçu officiel
7	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Reçu officiel
8	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Reçu officiel
9	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Reçu officiel
10	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Reçu officiel
11	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Reçu officiel
12	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Reçu officiel

TOTAL	\$
--------------	----