



# Formulaire de dons

# PARTICIPANT

Lieu de l'événement : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Je consens à ce que SP Canada communique avec moi par courrier électronique.

## DONATEURS

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

Il est entendu que les fonds que je recueille serviront à soutenir la mission de SP Canada.

\_\_\_\_\_  
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	_____ \$
------------------------	----------