

Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Prov. : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ N° de tél. (jour) : \_\_\_\_\_  Domicile  
 Travail  
 Adresse courriel : \_\_\_\_\_

## DONATEURS

Veuillez 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 defiescalierssp.ca.** • 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.

1	PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne)	NOM DE FAMILLE	ADRESSE COURRIEL	N° DE TÉLÉPHONE	Montant du don <input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 75 \$ <input type="checkbox"/> 100 \$
	N° D'APP	ADRESSE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
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
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
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
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

Il est entendu que les fonds que je recueille serviront à soutenir la mission de la Sclérose en plaques Canada - Région Mauricie.

Total de ce formulaire	_____ \$
------------------------	----------

\_\_\_\_\_  
 Signature du participant ou de la participante (ou du parent ou du tuteur si le participant ou la participante a moins de 18 ans)