

RENSEIGNEMENTS SUR LE MARCHEUR :

- 1 Veuillez cocher cette case si vous vous êtes inscrit en ligne. Veuillez inscrire le même nom que celui qui figure en ligne afin que nous puissions retracer votre profil.
- 2 Veuillez apporter ce formulaire, ainsi que tous les dons recueillis, à la marche de votre localité. Les chèques doivent être faits à l'ordre de **Fibrose kystique Canada**.

Si vous ne pouvez pas vous présenter à la marche, veuillez poster le formulaire ainsi que tous les fonds à l'adresse suivante :
La Marche a/s de Fibrose kystique Canada, 2323, rue Yonge, bureau 800, Toronto (Ontario) M4P 2C9 avant le 7 juin 2019.

NOM :		PRÉNOM :	
ADRESSE :			APP. :
VILLE :		PROVINCE :	CODE POSTAL :
TÉLÉPHONE (DOMICILE) :	(TRAVAIL) :	(CELLULAIRE) :	
COURRIEL :		LANGUE DE COMMUNICATION SOUHAITÉE : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	
NOM DE L'EMPLOYEUR : <small>SAVIEZ-VOUS QUE BEAUCOUP D'EMPLOYEURS SONT PRÊTS À VERSER UNE SOMME ÉQUIVALENTE AUX DONNS DE BIENFAISANCE FAITS PAR LEURS EMPLOYÉS? AIDEZ-NOUS À DOUBLER VOTRE COLLECTE DE FONDS EN INCLUANT LE NOM DE VOTRE EMPLOYEUR.</small>		LIEU DE MARCHÉ :	
NOM DE L'ÉQUIPE : <small>(MÊME NOM QUE CELUI INSCRIT EN LIGNE)</small>		NOM DU CAPITAINE DE L'ÉQUIPE :	

*** VEUILLEZ NOTER QUE LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE DOIVENT S'INSCRIRE SÉPARÉMENT ET NE PEUVENT PAS ÊTRE INCLUS À CE FORMULAIRE.**

Veuillez indiquer si vous êtes membre, employé(e) ou membre de la famille de Kin Canada :

Oui Non District n° ____ Nom du club :

NOMBRE D'ENFANTS PARTICIPANT À CET ÉVÉNEMENT : <i>(NOTEZ QUE LES PERSONNES DE PLUS DE 17 ANS DOIVENT S'INSCRIRE ELLES-MÊMES.)</i>			
NOM DE L'ENFANT :	ÂGE :	NOM DE L'ENFANT :	ÂGE :
NOM DE L'ENFANT :	ÂGE :	NOM DE L'ENFANT :	ÂGE :

Indiquez votre sexe : Homme Femme Autre

Indiquez votre tranche d'âge :

- 0 - 3 ans 4 - 12 ans 13 - 17 ans 18 - 27 ans 28 - 35 ans
 36 - 45 ans 46 - 54 ans 55 - 64 ans 65 ans et plus

Combien d'années avez-vous participé à la marche de Fibrose kystique Canada?

- C'est ma première année
 De 2 à 4 ans
 De 5 à 9 ans
 10 ans ou plus



RENONCIATION, CONVENTION D'INDEMNITÉ ET AUTORISATION D'UTILISER DES PHOTOGRAPHIES : Veuillez lire attentivement ce qui suit.

Je conviens : 1) que je demeure entièrement responsable de ma propre sécurité durant la marche; 2) que je cesserai de participer à la marche si un représentant de Fibrose kystique Canada me le demande et 3) que je suis conscient(e) des risques inhérents à ma participation à la marche, et que j'accepte ces risques. EN CONTREPARTIE de l'autorisation qui m'est accordée de participer à la marche, je, soussigné(e), ainsi que mes héritiers, administrateurs et ayants droit LIBÉRONS, EXONÉRONS ET DÉCHARGEONS DÉFINITIVEMENT PAR LES PRÉSENTES Fibrose kystique Canada, ses associations et ses commanditaires ainsi que ses agents, mandataires, officiels, administrateurs, employés, préposés, baillaires-mandataires, représentants, successeurs et ayants droit respectifs DE TOUT paiement, réclamation, demande, action, cause d'action, dommage, coûts et dépenses relatifs à mon décès ou à tout préjudice, perte ou dommage corporel ou matériel que je pourrais subir POUR QUELQUE RAISON QUE CE SOIT du fait de ma participation à ladite marche, et ce, MÊME SI l'une ou l'autre des personnes susmentionnées y avait contribué par sa négligence. EN OUTRE, JE M'ENGAGE À INDEMNISER toutes les personnes susmentionnées et à les DÉGAGER de toute responsabilité engagée par l'une ou l'autre d'entre elles à la suite de ma participation à ladite marche ou en rapport avec cette participation. EN SOUMETTANT LA PRÉSENTE DEMANDE DE PARTICIPATION, JE RECONNAIS AVOIR LU, COMPRIS ET ACCEPTÉ la présente ENTENTE, LIBÉRATION, EXONÉRATION, DÉCHARGE ET INDEMNITÉ, et JE DÉCLARE que je suis physiquement apte à prendre part à la marche.

Je, soussigné(e), autorise aussi Fibrose kystique Canada, en tout ou en partie, à utiliser des séquences filmées ou des photographies sur lesquels mes enfants et moi-même apparaissions, qui ont été produites à des fins promotionnelles, à condition que lesdites épreuves ou séquences, y compris les voix hors-champ, soient utilisées exclusivement, en tout ou en partie, par l'organisation susmentionnée.

Nom et prénom du participant (en caractères d'imprimerie) :

* Dans le cas où un parent ou tuteur accompagne plus d'un seul mineur du même domicile, le parent ou tuteur a le droit de ne signer qu'un seul formulaire de renonciation, tant que tous les mineurs participants sont inscrits dans la liste ci-dessus. J'approuve la participation de la/des personne(s) mineure(s) susmentionnée(s) à la marche, j'y consens et j'adopte la renonciation énoncée ci-dessus.

Signature (parent ou tuteur) :

Date :

En remplissant le présent formulaire, vous consentez à la collecte et à l'utilisation par Fibrose kystique Canada de vos renseignements personnels conformément à sa Politique de protection des renseignements personnels. Vous pouvez obtenir les détails au sujet de notre politique en envoyant un courriel à info@cysticfibrosis.ca (indiquez « À l'attention de l'agent[e] de la protection des renseignements personnels » dans le champ réservé au sujet), ou en communiquant avec Fibrose kystique Canada au 1-800-378-2233. N° d'enregistrement d'organisme de bienfaisance 10684 5100 RR0001

FIBROSE KYSTIQUE DE L'HISTOIRE ANCIENNE

**RENSEIGNEMENTS POUR LES
REÇUS AUX FINS D'IMPÔT :**

Les reçus aux fins de l'impôt seront remis pour les dons de 20 \$ ou plus. **Tous les renseignements sur le donateur (y compris l'adresse complète) DOIVENT être fournis afin qu'un reçu aux fins d'impôt soit émis.**

Nom du participant : _____

Nom de l'équipe : _____

Lieu de marche : _____

Veuillez indiquer le nom de l'entreprise à laquelle vous êtes

associé(e) : Kin Canada Autre : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

				CRÉDIT	MONTANT ARGENT COMPTANT	CHÈQUE	REÇU AUX FINS DE L'IMPÔT	
1 NOM DU DONATEUR (PRÉNOM/NOM) :				N° DE LA CARTE DE CRÉDIT :				<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
ADRESSE OU C.P. (APP./UNITÉ) :				EXPIRATION (MM/AA) :		TÉLÉPHONE :		
VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :	COURRIEL :					
2 NOM DU DONATEUR (PRÉNOM/NOM) :				N° DE LA CARTE DE CRÉDIT :				<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
ADRESSE OU C.P. (APP./UNITÉ) :				EXPIRATION (MM/AA) :		TÉLÉPHONE :		
VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :	COURRIEL :					
3 NOM DU DONATEUR (PRÉNOM/NOM) :				N° DE LA CARTE DE CRÉDIT :				<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
ADRESSE OU C.P. (APP./UNITÉ) :				EXPIRATION (MM/AA) :		TÉLÉPHONE :		
VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :	COURRIEL :					
4 NOM DU DONATEUR (PRÉNOM/NOM) :				N° DE LA CARTE DE CRÉDIT :				<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
ADRESSE OU C.P. (APP./UNITÉ) :				EXPIRATION (MM/AA) :		TÉLÉPHONE :		
VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :	COURRIEL :					
5 NOM DU DONATEUR (PRÉNOM/NOM) :				N° DE LA CARTE DE CRÉDIT :				<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
ADRESSE OU C.P. (APP./UNITÉ) :				EXPIRATION (MM/AA) :		TÉLÉPHONE :		
VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :	COURRIEL :					

Au lieu d'apporter l'argent comptant avec moi le jour de la marche, j'aimerais porter le montant suivant à ma carte de crédit :

VISA MasterCard AMEX

Nom du titulaire de la carte : _____

N° de la carte de crédit : _____

Montant : _____

Date d'expiration : _____

Signature : _____

TOTAL

\$

\$

\$

TOTAL GÉNÉRAL

\$



PAGE _____ SUR _____

En remplissant le présent formulaire, vous consentez à la collecte et à l'utilisation par Fibrose kystique Canada de vos renseignements personnels conformément à sa Politique de protection des renseignements personnels. Vous pouvez obtenir les détails au sujet de notre politique en envoyant un courriel à info@cysticfibrosis.ca (indiquez « À l'attention de l'agent[e] de la protection des renseignements personnels » dans le champ réservé au sujet), ou en communiquant avec Fibrose kystique Canada au 1-800-378-2233. N° d'enregistrement d'organisme de bienfaisance 10684 5100 RR0001