

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS SUR LE DONATEUR :

- Veuillez écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie.
- N'inscrivez pas de promesses de don en ligne sur ce formulaire.
- Des reçus aux fins de l'impôt seront émis pour les dons de 15 \$ et plus.
- Les reçus ne seront produits que si l'adresse est complète et lisible.
- Si vous fournissez une adresse électronique avec votre adresse physique, votre reçu aux fins de l'impôt vous sera envoyé par courriel plutôt que par la poste.
- Tous les chèques doivent être faits à l'ordre de Crohn et Colite Canada.

FORMULAIRE DE PROMESSES DE DONS DE LA RANDONNÉE GUTSY EN MARCHÉ

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Veuillez remplir le formulaire.

Prénom			Nom de famille		
Adresse			App.		
Ville		Prov.	Code postal		
Courriel					
N° de téléphone Domicile :			Travail :		
Langue de préférence		Anglais <input type="checkbox"/>		Français <input type="checkbox"/>	
Taille du T-shirt (jeune M, P, M, G, TG, TTG, TTTG) :			T-shirt reçu sur le site <input type="checkbox"/>		
PRIX J'aimerais vous redonner mon prix pour vous permettre de consacrer davantage de fonds à la cause.					
			Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPE

Je fais partie d'une équipe : Équipe composée de la famille/d'amis Équipe d'entreprise Équipe école

Nom de l'équipe					
Nom du chef d'équipe					
Nom de l'entreprise / de l'école					
GNEMENTS GÉNÉRAUX					
Groupe d'âge :		13 ans et moins <input type="checkbox"/>		14 à 25 ans <input type="checkbox"/>	
		26 à 49 ans <input type="checkbox"/>		50 ans et + <input type="checkbox"/>	
Homme <input type="checkbox"/>		Femme <input type="checkbox"/>			
Connaissez-vous quelqu'un qui souffre de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse?					
Non <input type="checkbox"/>		Moi-même <input type="checkbox"/>		Un membre de ma famille <input type="checkbox"/>	
				Autre <input type="checkbox"/>	
Avez-vous participé à la randonnée Gutsy en marche par le passé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					

MON OBJECTIF DE COLLECTE DE FONDS DE \$

EMPLACEMENT DE LA MARCHÉ :
REQUIS

Nom du donateur Adresse électronique numéro de téléphone		Adresse			Numéro de carte de crédit et date d'expiration		Montant du don Mode de paiement		Consentement à recevoir des courriels
Prénom et nom de famille	<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une entreprise						\$		Oui <input type="checkbox"/>
Courriel/tél.		Ville	Prov.	Code postal	Date d'expiration MM/AA		Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/>		
Prénom et nom de famille	<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une entreprise						\$		Oui <input type="checkbox"/>
Courriel/tél.		Ville	Prov.	Code postal	Date d'expiration MM/AA		Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/>		
Prénom et nom de famille	<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une entreprise						\$		Oui <input type="checkbox"/>
Courriel/tél.		Ville	Prov.	Code postal	Date d'expiration MM/AA		Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/>		
Prénom et nom de famille	<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une entreprise						\$		Oui <input type="checkbox"/>
Courriel/tél.		Ville	Prov.	Code postal	Date d'expiration MM/AA		Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/>		
Prénom et nom de famille	<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une entreprise						\$		Oui <input type="checkbox"/>
Courriel/tél.		Ville	Prov.	Code postal	Date d'expiration MM/AA		Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/>		
Prénom et nom de famille	<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une entreprise						\$		Oui <input type="checkbox"/>
Courriel/tél.		Ville	Prov.	Code postal	Date d'expiration MM/AA		Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/>		
Prénom et nom de famille	<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une entreprise						\$		Oui <input type="checkbox"/>
Courriel/tél.		Ville	Prov.	Code postal	Date d'expiration MM/AA		Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/>		
Prénom et nom de famille	<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une entreprise						\$		Oui <input type="checkbox"/>
Courriel/tél.		Ville	Prov.	Code postal	Date d'expiration MM/AA		Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/>		

J'aimerais régler le montant des promesses de don en souffrance à l'aide de ma carte de crédit.

Numéro de carte de crédit _____ Date d'expiration MM/AA _____ Solde payé _____ \$



Crohn et Colite Canada
600 – 60 St. Clair Avenue East, Toronto, Ontario M4T 1N5
416 920-5035 ou sans frais 1 800 387-1479

À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT :	À USAGE INTERNE :
Total de la page _____ \$	Total comptant _____ \$
Page _____ de _____	Total chèques _____ \$
Total des promesses de don payées _____ \$	Total cartes de crédit _____ \$
	Total global _____ \$

Renonciation et décharge : en contrepartie de ma participation à la randonnée Gutsy en marche 2019, je, soussigné, en mon nom personnel et en celui de mes héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs, mandataires, assureurs, ayants droit et autres représentants légaux, dégage de toute responsabilité Crohn et Colite Canada, ses administrateurs, ses dirigeants, ses mandataires, ses employés, ses bénévoles, ses successeurs, ses filiales, ses commanditaires et autres représentants légaux, tant actuels que futurs, à l'égard de toute réclamation que je pourrais faire valoir contre eux pour tout accident, toute blessure, toute maladie, tout décès ou autre, en vertu de la loi ou de l'équité, qui pourrait résulter, directement ou indirectement, de ma participation à cet événement. J'accepte que mon nom, le montant que j'aurai amassé ainsi qu'une photographie ou une vidéo de moi réalisée à l'occasion de l'activité soient utilisés librement dans tous les types d'annonces publicitaires produites en rapport avec la randonnée Gutsy en marche ou Crohn et Colite Canada, y compris, sans s'y limiter, les annonces ayant pour objet de faire connaître la randonnée Gutsy en marche ou Crohn et Colite Canada, de les promouvoir ou d'en traiter d'une quelconque autre manière. Je suis apte, sur le plan physique, à participer à cet événement. J'atteste avoir pris connaissance du contenu de la présente renonciation et décharge, l'avoir compris et l'avoir accepté avant de participer à la randonnée Gutsy en marche. Si le participant n'a pas atteint l'âge de la majorité, je confirme que je suis un de ses parents/son tuteur et que je signe cette renonciation et décharge en son nom...

Veuillez indiquer vos préférences de courriel :

- J'aimerais recevoir Avoir du CRAN, parlons-en! (notre bulletin électronique) et des mises à jour occasionnelles par courriel de Crohn et Colite Canada.
- Je ne désire pas recevoir de communications par courriel concernant la Marche Gutsy.

Signature du participant ou de son tuteur (si le participant est âgé de moins de 18 ans) : _____ Date: _____