



Nom du participant / Participant's Name: \_\_\_\_\_

Adresse / Address: \_\_\_\_\_

Ville / City: \_\_\_\_\_ Province / Province: \_\_\_\_\_ Code postal / Postal Code: \_\_\_\_\_

Courriel / Email: \_\_\_\_\_ Téléphone / Telephone: \_\_\_\_\_

Lieu de la MARCHE / WALK Location: \_\_\_\_\_

Êtes-vous le capitaine d'équipe? Are you the Team Captain? O / Y  N  Nom de l'équipe / Team Name: \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE DE DON DE 2017  
DONOR FORM 2017**

MARCHEPOURLASLA.CA WALKFORALS.CA

Je MARCHE en l'honneur de /  
I am WALKing in honour of:

Mon objectif de  
collecte de fonds  
\$

My fundraising  
goal is:  
\$

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DONATEUR / DONOR INFORMATION**

Prière d'écrire de manière lisible. Nous ne pouvons délivrer de reçu si l'information est illisible. Please print clearly if we can't read it, we can't receipt it.

Titre / Title	Prénom / First Name	Nom de famille / Last Name	Adresse postale du donateur / Donor Mailing Address N° de rue, Route rurale, Ville, Province / # Street, Rural Route, City, Province	Code postal / Postal Code	Téléphone / Telephone	Courriel / Email	Montant reçu / Amount Received	Argent comptant / Cash	Chèque / Cheque

**LE MARCHEUR DOIT SIGNER LA RENONCIATION / WAIVER MUST BE SIGNED BY WALKER**

En signant ce formulaire de renonciation, je reconnais comprendre l'esprit du présent document et, par la présente je conviens d'exonérer et de dégager de toute responsabilité la Société canadienne de la SLA, les sociétés commanditaires, les organismes coopérants et toute autre partie liée à l'événement de quelque manière que ce soit, individuellement ou collectivement, de toute faute ou responsabilité à l'égard de blessures, mésaventures, préjudices, pertes, incon vénients ou dommages résultant de la participation à la « MARCHE pour la SLA » en 2017 ou à toute activité afférente. Par la présente, je consens à recevoir des traitements médicaux d'urgence en cas de blessure ou de maladie. De plus, je donne l'autorisation d'utiliser mon nom, ma photo et mon image vidéo relatifs à cet événement et je consens à recevoir des bulletins d'information à propos des événements et des programmes par courriel. / In signing this release I acknowledge that I understand the intent thereof, and I hereby agree to absolve and hold harmless ALS Society of Canada, corporate sponsors, cooperating organizations and any other parties connected with this event in any way, singularly, or collectively, from and against blame and liability for any injury, misadventure, harm, loss, inconvenience or damage hereby suffered or sustained as a result of participation in the 'WALK for ALS' in 2017 or any activities associated therewith. I hereby consent to and permit emergency treatment in the event of injury or illness. I also give full permission for use of my name, photo and video in connection with this event, and to receive e-mail updates about events and programs.

- Prière de photocopier ce formulaire si vous avez besoin de copies supplémentaires
- Des reçus seront délivrés pour les dons de 20 \$ ou plus
- Recueillir les fonds au moment du don
- Please photocopy this form if you need extra copies
- Receipts will be issued for all donations of \$20 or more
- Collect the money when the donor contributes

Sous-total (cette page seulement) / Subtotal (this page only)	
Grand total amassé (toutes les pages) / Grand Fundraising Total (all pages)	

Prière de ne pas inclure les dons en ligne dans ce formulaire. / Please do not include any online donations on this form.

Signature du participant / Signature of participant

Parent ou tuteur si moins de 18 ans / Parent/Guardian if under 18 years of age

**SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA SLA** 393, avenue University Est, bureau 1701, Toronto (Ontario) M5G 1E6  
**ALS SOCIETY OF CANADA** 393 University Avenue, Suite 1701, Toronto, ON M5G 1E6

PAGE \_\_\_\_\_ DE / OF \_\_\_\_\_

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance / Charitable Registration Number: 10670 8977 RR0002