

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

- Veuillez cocher cette case si vous êtes aussi inscrit en ligne. Dans l'affirmative, veuillez inscrire le même nom que celui que vous avez utilisé en ligne pour que nous puissions faire correspondre vos profils.
- Veuillez apporter ce formulaire à la *Balade Souffle de vie* ainsi que tous les fonds recueillis. Les dons partiels ne seront pas acceptés. Les chèques doivent être faits à l'ordre de **Fibrose kystique Canada**.

Si vous ne pouvez pas vous présenter à la Balade, veuillez poster le formulaire ainsi que tous les fonds à l'adresse suivante :

Balade Souffle de vie a/s de Fibrose kystique Canada
2323, rue Yonge, bureau 800, Toronto (Ontario) M4P 2C9

Nom :	Prénom :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse :		App. :
Ville :	Province :	Code postal :
Tél. (domicile) :	Tél. (travail) :	Poste :
Courriel :		
Nombre de participants (y compris vous-même) :	Langue de communication souhaitée : <input type="checkbox"/> EN <input type="checkbox"/> FR	
Êtes-vous membre de Kin Canada? District n° :	Nom du club :	
Nom de l'équipe :	Nom du capitaine d'équipe :	<i>Veuillez utiliser le même nom que celui inscrit en ligne.</i>
J'aimerais faire un don personnel de _____ \$		
À quel groupe d'âge appartenez-vous? <input type="checkbox"/> 5 ans ou moins <input type="checkbox"/> 6-16 <input type="checkbox"/> 17-25 <input type="checkbox"/> 26-35 <input type="checkbox"/> 36-45 <input type="checkbox"/> 46-54 <input type="checkbox"/> 55 et 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 Balade Souffle de vie et 2) que je cesserai de participer à la Balade 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 Balade, et que j'accepte ces risques. EN CONSIDÉRATION du fait que j'accepte de participer à cet événement, 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, dirigeants, employés, préposés, bailleurs-locataires, 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, moral ou matériel que je pourrais subir pour quelque raison que ce soit du fait de ma participation à ladite Balade, et ce, MÊME SI l'une ou l'autre des personnes susmentionnées y avait contribué par sa négligence. En outre, JE M'ENGAGE À GARANTIR toutes les personnes susmentionnées contre toute responsabilité engagée par l'une ou l'autre d'entre elles à la suite de ma participation à ladite Balade ou en rapport avec cette participation, et je CONVIENS DE LES INDEMNISER. En soumettant la PRÉSENTE demande de participation, je reconnais avoir lu, compris et ACCEPTÉ la PRÉSENTE ENTENTE, LIBÉRATION, EXONÉRATION, DÉCHARGE et INDEMNITÉ. JE DÉCLARE que je suis physiquement apte à prendre part à la Balade, que j'ai reçu une autorisation médicale pour participer à cet événement et que j'ai une assurance suffisante pour couvrir tous les risques associés à ma participation à cette Balade. J'AUTORISE AUSSI Fibrose kystique Canada, en tout ou en partie, à utiliser des séquences filmées ou des photographies sur lesquelles 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'organisme susmentionné.

Nom du conducteur (en lettres moulées) : _____

Nom du passager (en lettres moulées) : _____

*Dans le cas où un parent ou tuteur accompagne plus d'un seul mineur d'un 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 ci-dessus. J'approuve la participation de la/des personne(s) mineure(s) susmentionnée(s) à la Balade, j'y consens et j'adopte la renonciation énoncée ci-dessus.



de Fibrose kystique Canada

Collecte de fonds pour la lutte contre la fibrose kystique



POLITIQUE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

La santé et le bien-être des personnes fibro-kystiques est notre priorité numéro un. La participation d'une personne fibro-kystique à un événement à l'extérieur tenu ou commandité par Fibrose kystique Canada est à ses propres risques. Pour plus de renseignements sur la politique de prévention et de contrôle des infections de Fibrose kystique Canada, consultez le site www.fibrosekystique.ca.

www.rideforthebreathoflife.ca

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Collecte de fonds

- Les chèques doivent être faits à l'ordre de Fibrose kystique Canada.
- Vous pouvez facilement amasser des fonds et imprimer d'autres feuilles de dons en ligne à www.rideforthebreathoflife.ca.
- N'inscrivez pas les dons en ligne vérifiés sur la feuille de dons en papier.
- Calculez les fonds recueillis avant de vous présenter à la Balade. Le total doit correspondre à celui indiqué sur la feuille de dons.
- Apportez tous les fonds à la Balade Souffle de vie.

Reçus aux fins de l'impôt

- Informez vos donateurs qu'un reçu d'impôt sera émis automatiquement pour les reçus de 20 \$ ou plus.
- Les renseignements sur le donateur doivent être complets (nom, adresse complète comprenant le code postal) pour qu'un reçu soit délivré. La même condition s'applique si vos donateurs souhaitent recevoir un reçu par courrier électronique.
- Les reçus d'impôt électroniques seront envoyés si une adresse de courriel est fournie (l'adresse postale complète du donateur doit aussi être indiquée).



		Montant		Reçu aux fins de l'impôt
		Argent comptant	Chèque	
Nom du donateur :	Tél. :	Courriel :		<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
Adresse :	App. :	Ville :	Province : Code postal :	
Nom du donateur :	Tél. :	Courriel :		<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
Adresse :	App. :	Ville :	Province : Code postal :	
Nom du donateur :	Tél. :	Courriel :		<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
Adresse :	App. :	Ville :	Province : Code postal :	
Nom du donateur :	Tél. :	Courriel :		<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
Adresse :	App. :	Ville :	Province : Code postal :	
Nom du donateur :	Tél. :	Courriel :		<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
Adresse :	App. :	Ville :	Province : Code postal :	
Nom du donateur :	Tél. :	Courriel :		<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
Adresse :	App. :	Ville :	Province : Code postal :	
Nom du donateur :	Tél. :	Courriel :		<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
Adresse :	App. :	Ville :	Province : Code postal :	
Nom du donateur :	Tél. :	Courriel :		<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
Adresse :	App. :	Ville :	Province : Code postal :	
Nom du donateur :	Tél. :	Courriel :		<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
Adresse :	App. :	Ville :	Province : Code postal :	
Nom du donateur :	Tél. :	Courriel :		<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
Adresse :	App. :	Ville :	Province : Code postal :	
Nom du donateur :	Tél. :	Courriel :		<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
Adresse :	App. :	Ville :	Province : Code postal :	

Total – argent comptant	Total –chèques	Total de la page

J'aimerais payer le montant total de ma feuille de dons de la façon suivante :

Comptant Chèque Carte de crédit Visa MasterCard Amex

Nom du titulaire de la carte : _____

Numéro de la carte : _____ Date d'expiration : _____

Montant : _____ Signature : _____

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. Pour obtenir des détails au sujet de notre politique, communiquez avec Fibrose kystique Canada par courriel à privacy@cysticfibrosis.ca (indiquez « À l'attention de l'agent(e) de la protection des renseignements personnels ») ou par téléphone au **1-800-378-2233**. N° d'organisme de bienfaisance 10684 5100 RR0001

À l'usage de l'administration	R	#	\$
	U	#	\$

Total – promesses de dons :	
Mon don personnel :	
Frais d'inscription :	
Frais d'inscription du passager :	
Total (cette page seulement) :	