

FORMULAIRE DE PARTICIPATION POUR 2024

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT (*Renseignements requis. Le nom et l'adresse du participant doivent être écrits au complet de façon lisible pour obtenir un reçu officiel. Remplir un formulaire par participant.)

*Prénom _____ *Nom de famille _____

App./bureau _____ *Rue _____ *Ville _____ *Prov _____ *Code postal _____

*Adresse électronique _____ *N° de téléphone _____

Langue préférée : Français Anglais J'ai reçu un diagnostic de cancer (Je suis touché/touchée par un cancer ou un cancer métastatique, un survivant/une survivante) (Optional)

Nous recueillons vos renseignements personnels au moyen de formulaires, par téléphone ou en personne, afin de traiter votre don, délivrer un reçu fiscal, et vous contacter pour vous tenir informé de l'impact de nos actions et des autres moyens de nous soutenir ou de faire un don. Nous pouvons partager vos renseignements personnels avec des tierces parties, dont des entreprises de traitement des paiements, des consultants et des agences partenaires, à l'intérieur ou à l'extérieur de votre province ou territoire, ou à l'extérieur du Canada et uniquement pour les fins indiquées ci-dessus, ou comme exigé par la loi. Nous pouvons vous contacter par la poste, par courriel, par téléphone ou par message texte. Vous pouvez exercer votre droit d'accéder à vos renseignements, de demander des modifications, de vous désabonner des communications ou retirer votre consentement en appelant au 1 888 939-3333 ou en envoyant un courriel à connect@canccr.ca. Pour plus d'informations sur nos pratiques en matière de confidentialité, visitez canccr.ca/politique.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPE (Si nécessaire)

Type d'équipe Entreprise Amis et membres de la famille

Nom de l'équipe _____ Nom du chef d'équipe _____

OPTIONS DE PARTICIPATION (Des reçus fiscaux seront émis pour des dons de 20 \$ ou plus. Pour les dons de moins de 20 \$, il faut en faire la demande.)

PARTICIPANT ADULTE 18 ans et plus

Adulte - Montant à amasser : 150 \$ ou plus

Adulte - Don minimum de 35 \$ jusqu'au 28 février

Adulte - Don minimum de 40 \$ entre le 1er mars et le 30 avril

Adulte - Don minimum de 45 \$ à partir du 1er mai

JEUNE PARTICIPANT Moins de 18 ans

Jeune - Montant à amasser : 60 \$ ou plus

Jeune - Don minimum de 35 \$ jusqu'au 28 février

Adulte - Don minimum de 40 \$ entre le 1er mars et le 30 avril

Jeune - Don minimum de 45 \$ à partir du 1er mai

Jeune - gratuit

MODES DE PAIEMENT (Les paiements par carte de crédit sont traités par la Société canadienne du cancer. Vous ne pouvez pas payer par carte de crédit à la banque.)

Chèque (à l'ordre de la Société canadienne du cancer) Argent comptant (ne pas poster d'argent comptant)

Si vous souhaitez vous inscrire au Relais pour la vie en utilisant une carte de crédit, visitez www.relaispourlavie.ca ou composez le 1 888 939-3333 afin de parler avec un représentant des Services aux donateurs.

FORMULE DE RENONCIATION À L'ÉGARD DU RELAYS POUR LA VIE.

Je permets à la Société canadienne du cancer de me photographier et de me filmer pendant ma participation au Relais pour la vie, et d'utiliser mon nom ainsi que toute photographie et image vidéo de moi-même aux fins de la Société canadienne du cancer dans tout média et territoire, et ce, à perpétuité.

Je renonce à toute réclamation pour moi-même ainsi que pour mes héritiers, exécuteurs et administrateurs contre la Société canadienne du cancer, ses agents, employés et bénéficiaires, et tous les commanditaires, officiels et organisateurs de l'événement relativement en cas de blessure, maladie, décès, perte ou dommage matériel qui pourrait résulter directement ou indirectement de ma participation à cet événement, et à toute réclamation résultant de l'utilisation de mon nom ou de photographies ou images vidéo de moi-même.

Je reconnais que je ne recevrai aucune rémunération financière relativement à toute mention ci-dessus et que ma seule rétribution est la possibilité de participer aux activités de la Société canadienne du cancer. En particulier, je reconnais la nature contagieuse du COVID-19 et j'assume volontairement le risque d'être exposé ou infecté par le COVID-19 en participant à l'événement et que cette exposition ou infection, en particulier pour les personnes non vaccinées, peut entraîner des blessures, une maladie, une invalidité permanente ou la mort.

Veuillez sélectionner une des options suivantes :

J'ai 18 ans ou plus et j'ai lu cette formule de renonciation; j'en comprends et j'en accepte pleinement les termes.

J'ai moins de 18 ans, et un parent ou un tuteur accepte en mon nom.

Date : _____

Nom du parent/tuteur (en majuscules) : _____

(Si le participant a moins de 18 ans)

Nom du participant (en majuscules) : _____

Signature du parent/tuteur : _____

(Si le participant a moins de 18 ans)

Signature du participant : _____

INSTRUCTIONS À L'INTENTION DU PARTICIPANT

- Avant de vous rendre chez Desjardins, complétez 2 copies du bordereau de dépôt.
- Il est possible que des frais soient déduits. S'il y a des frais, ils seront à la charge de la SCC. Les montants des reçus d'impôt ne seront pas ajustés de ces frais.
- Une copie du bordereau de dépôt sera remise au représentant Desjardins lors du dépôt. Ne laissez pas ce formulaire à la banque. Demandez au représentant Desjardins de vous remettre la preuve du dépôt.
- Faites des copies de tous les formulaires pour vos dossiers.
- Postez les formulaires et les bordereaux et preuves à la :
Société canadienne du cancer
a/s Service des dons
(n'envoyez pas d'espèces par la poste)

INSTRUCTIONS À L'INTENTION DU REPRÉSENTANT DU SERVICE À LA CLIENTÈLE DESJARDINS

- Vérifiez que les espèces/chèques reçus totalisent le montant du dépôt sur le bordereau remis par le participant.
- A partir de paiement de facture entrez le N° de l'organisme SPC107 au nom de la Société canadienne du cancer, division Montréal.
- Entrez le numéro de référence _____ tel qu'inscrit sur le bordereau de dépôt.
- Complétez le dépôt et remettre une preuve du dépôt au participant.