

FORMULAIRE DE PROMESSES DE DONNÉES DE LA RANDONNÉE GUTSY EN MARCHÉ

Page ___ sur ___

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE PARTICIPANTE Veuillez remplir le formulaire.Langue de préférence | Anglais | Français

Prénom	Nom de famille	Courriel	N° de téléphone Domicile :		
Adresse		App.	Ville	Prov.	Code postal

Taille du T-shirt : | jeune M | P | M | G | TG | TTG | TTTGJ'aimerais renoncer à tous les prix | Oui | NonJ'aimerais renoncer à mon t shirt de la Marche Gutsy | Oui | Non J'aimerais renoncer à ma carte cadeau | Oui | NonComment participerez-vous à la Marche Gutsy? | En personne | Virtuellement | Je ne sais pas encore**RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPE**Je fais partie d'une équipe : | Équipe composée de la famille | Équipe d'entreprise | Équipe d'école

Nom de l'équipe	Nom du chef d'équipe	Nom de l'entreprise / de l'école
-----------------	----------------------	----------------------------------

Renseignements générauxGroupe d'âge : | 13 ans et moins | 14 à 25 ans | 26 à 49 ans | 50 ans et + genre : | Homme | Femme | non binaireConnaissez-vous quelqu'un qui souffre de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse? | Non | Moi-même | Un membre de ma famille | AutreAvez-vous participé à la randonnée Gutsy en marche par le passé? | Oui | Non**MON OBJECTIF DE COLLECTE DE FONDS \$** _____ **EMPLACEMENT DE LA MARCHÉ (REQUIS) :** _____**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS POUR LE DONATEUR :**

- Veuillez écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie.
- 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.

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



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

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

À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT :

Total de la page \$ _____ nombre de pages _____ Total des promesses de don payées \$ _____

À USAGE INTERNE :

Total comptant \$ _____ Total chèques \$ _____ Total cartes de crédit \$ _____ Total global \$ _____

Renonciation et décharge : en contrepartie de ma participation à la randonnée Gutsy en marche 2022, 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 : _____

gutsyenmarche.ca

INFORMATIONS SUR LE DONATEUR

Prénom	Nom de famille	Courriel	N° de téléphone Domicile :	
Adresse		App.	Ville	Prov. Code postal
Numéro de carte de crédit	Date d'expiration MM/AA	Montant du don mode de paiement \$		
<input type="radio"/> Comptant	<input type="radio"/> Chèque	<input type="radio"/> Carte de crédit	Consentement à recevoir des courriels <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Prénom	Nom de famille	Courriel	N° de téléphone Domicile :	
Adresse		App.	Ville	Prov. Code postal
Numéro de carte de crédit	Date d'expiration MM/AA	Montant du don mode de paiement \$		
<input type="radio"/> Comptant	<input type="radio"/> Chèque	<input type="radio"/> Carte de crédit	Consentement à recevoir des courriels <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Prénom	Nom de famille	Courriel	N° de téléphone Domicile :	
Adresse		App.	Ville	Prov. Code postal
Numéro de carte de crédit	Date d'expiration MM/AA	Montant du don mode de paiement \$		
<input type="radio"/> Comptant	<input type="radio"/> Chèque	<input type="radio"/> Carte de crédit	Consentement à recevoir des courriels <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Prénom	Nom de famille	Courriel	N° de téléphone Domicile :	
Adresse		App.	Ville	Prov. Code postal
Numéro de carte de crédit	Date d'expiration MM/AA	Montant du don mode de paiement \$		
<input type="radio"/> Comptant	<input type="radio"/> Chèque	<input type="radio"/> Carte de crédit	Consentement à recevoir des courriels <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Prénom	Nom de famille	Courriel	N° de téléphone Domicile :	
Adresse		App.	Ville	Prov. Code postal
Numéro de carte de crédit	Date d'expiration MM/AA	Montant du don mode de paiement \$		
<input type="radio"/> Comptant	<input type="radio"/> Chèque	<input type="radio"/> Carte de crédit	Consentement à recevoir des courriels <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Prénom	Nom de famille	Courriel	N° de téléphone Domicile :	
Adresse		App.	Ville	Prov. Code postal
Numéro de carte de crédit	Date d'expiration MM/AA	Montant du don mode de paiement \$		
<input type="radio"/> Comptant	<input type="radio"/> Chèque	<input type="radio"/> Carte de crédit	Consentement à recevoir des courriels <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	