

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

CODE DU LIEU 8 RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

- 1  Veuillez cocher cette case si vous vous êtes aussi inscrit en ligne. Dans l'affirmative, veuillez inscrire le même nom que celui qui figure en ligne afin que nous puissions retracer votre profil.
- 2 Veuillez apporter ce formulaire à la Marche CARSTAR faites de la fibrose kystique de l'histoire ancienne, ainsi que tous les dons recueillis. Les chèques doivent être faits à l'ordre de **Fibrose kystique Canada**.

Si vous ne pouvez pas vous présenter à la marche, veuillez poster le formulaire ainsi que tous les fonds à l'adresse suivante : Marche CARSTAR faites de la fibrose kystique de l'histoire ancienne a/s de Fibrose kystique Canada, 2323, rue Yonge, bureau 800, Toronto (Ontario) M4P 2C9 avant le 10 juin 2016.

<b>NOM :</b>		<b>PRÉNOM :</b>	
<b>ADRESSE :</b>			<b>APP. :</b>
<b>VILLE :</b>		<b>PROVINCE :</b>	<b>CODE POSTAL :</b>
<b>TÉLÉPHONE (DOMICILE) :</b>		<b>(TRAVAIL) :</b>	<b>POSTE :</b>
<b>COURRIEL :</b>		<b>LANGUE DE COMMUNICATION SOUHAITÉE :</b> <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	
<b>LIEU DE LA MARCHÉ :</b>		<b>NOM DE L'ENTREPRISE :</b>	
<b>NOM DE L'ÉQUIPE :</b> <small>(MÊME NOM QUE CELUI INSCRIT EN LIGNE)</small>		<b>NOM DU CAPITAINE DE L'ÉQUIPE :</b>	
<b>TYPE D'ÉQUIPE :</b> <input type="checkbox"/> Famille et amis <input type="checkbox"/> Équipe d'entreprise <input type="checkbox"/> Membres d'une association <input type="checkbox"/> Équipe d'école			

\* VEUILLEZ NOTER QUE LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE DOIVENT S'INSCRIRE SÉPARÉMENT ET NE PEUVENT PAS ÊTRE INCLUS À CE FORMULAIRE.

<b>NOMBRE DE PARTICIPANTS À CET ÉVÉNEMENT (Y COMPRIS VOUS-MÊME) :</b>			
<b>NOM DE L'INVITÉ :</b>	<b>ÂGE :</b>	<b>NOM DE L'INVITÉ :</b>	<b>ÂGE :</b>
<b>NOM DE L'INVITÉ :</b>	<b>ÂGE :</b>	<b>NOM DE L'INVITÉ :</b>	<b>ÂGE :</b>

Veuillez indiquer si vous êtes membre, employé(e) ou membre de la famille d'un des groupes suivants :

- Kin Canada District n°\_\_\_\_ Nom du club : \_\_\_\_\_
- Siemens Canada  Ellis Don  CARSTAR Canada  Autre (veuillez indiquer le nom complet) : \_\_\_\_\_

Connaissez-vous une personne atteinte de fibrose kystique?  Oui  Non

Veuillez nous indiquer comment vous avez entendu parler de la Marche CARSTAR faites de la fibrose kystique de l'histoire ancienne :

- Bénévole, section ou employé(e) de Fibrose kystique Canada  Courriel de Fibrose kystique Canada
- Envoi postal de Fibrose kystique Canada  Publicité ou média  Média social  Facebook  Twitter
- Ami ou membre de la famille  Médecin/infirmière/clinique  Mon entreprise y participe
- Affiche/Feuille de dons dans ma communauté \_\_\_\_\_  Autre \_\_\_\_\_

Indiquez votre sexe :  Homme  Femme  Autre

Indiquez votre fourchette d'âge :  3 ans et moins  4-16 ans  17-25 ans  26-35 ans  36-45 ans  46-54 ans  55 ans et plus

Combien d'années avez-vous participé à la marche de Fibrose kystique Canada?

- C'est ma première année  De 2 à 4 ans  De 5 à 9 ans  10 ans ou 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 Marche CARSTAR faites de la fibrose kystique de l'histoire ancienne (« la marche »); 2) que je cesserai de participer à la marche 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 marche, et que j'accepte ces risques. EN CONTREPARTIE de l'autorisation qui m'est accordée de participer à la marche, 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, administrateurs, employés, préposés, baillaires-mandataires, 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 ou matériel que je pourrais subir POUR QUELQUE RAISON QUE CE SOIT du fait de ma participation à ladite marche, et ce, MÊME SI l'une ou l'autre des personnes susmentionnées y avait contribué par sa négligence. EN OUTRE, JE M'ENGAGE À INDEMNISER toutes les personnes susmentionnées et à les DÉGAGER de toute responsabilité engagée par l'une ou l'autre d'entre elles à la suite de ma participation à ladite marche ou en rapport avec cette participation. EN SOUMETTANT LA PRÉSENTE DEMANDE DE PARTICIPATION, JE RECONNAIS AVOIR LU, COMPRIS ET ACCEPTÉ la présente ENTENTE, LIBÉRATION, EXONÉRATION, DÉCHARGE ET INDEMNITÉ, et JE DÉCLARE que je suis physiquement apte à prendre part à la marche.

Je, soussigné(e), autorise aussi Fibrose kystique Canada, en tout ou en partie, à utiliser des séquences filmées ou des photographies sur lesquels 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'organisation susmentionnée.

Nom et prénom du participant (en caractères d'imprimerie) :

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

Signature (parent ou tuteur) :

Date : \_\_\_\_\_

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. Vous pouvez obtenir les détails au sujet de notre politique en envoyant un courriel à [info@cysticfibrosis.ca](mailto:info@cysticfibrosis.ca) (indiquez « À l'attention de l'agent[e] de la protection des renseignements personnels » dans le champ réservé au sujet), ou en communiquant avec Fibrose kystique Canada au 1-800-378-2233. N° d'enregistrement d'organisme de bienfaisance 10684 5100 RR0001

## FEUILLE DE DONNÉES :

Les reçus aux fins de l'impôt seront remis pour les dons de 20 \$ ou plus. Les renseignements sur les donateurs DOIVENT être complets pour qu'un reçu soit délivré. Les reçus électroniques seront envoyés si une adresse de courriel est fournie en plus de l'adresse postale.

				CRÉDIT	MONTANT ARGENT COMPTANT	CHÈQUE	REÇU AUX FINS DE L'IMPÔT	
1 NOM DU DONATEUR (PRÉNOM/NOM) :				N° DE LA CARTE DE CRÉDIT :				<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
ADRESSE POSTALE :				EXPIRATION (MM/AA) :		TÉLÉPHONE :		
VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :	COURRIEL :					
2 NOM DU DONATEUR (PRÉNOM/NOM) :				N° DE LA CARTE DE CRÉDIT :				<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
ADRESSE POSTALE :				EXPIRATION (MM/AA) :		TÉLÉPHONE :		
VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :	COURRIEL :					
3 NOM DU DONATEUR (PRÉNOM/NOM) :				N° DE LA CARTE DE CRÉDIT :				<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
ADRESSE POSTALE :				EXPIRATION (MM/AA) :		TÉLÉPHONE :		
VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :	COURRIEL :					
4 NOM DU DONATEUR (PRÉNOM/NOM) :				N° DE LA CARTE DE CRÉDIT :				<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
ADRESSE POSTALE :				EXPIRATION (MM/AA) :		TÉLÉPHONE :		
VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :	COURRIEL :					
5 NOM DU DONATEUR (PRÉNOM/NOM) :				N° DE LA CARTE DE CRÉDIT :				<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
ADRESSE POSTALE :				EXPIRATION (MM/AA) :		TÉLÉPHONE :		
VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :	COURRIEL :					
6 NOM DU DONATEUR (PRÉNOM/NOM) :				N° DE LA CARTE DE CRÉDIT :				<input type="checkbox"/> Imprimé <input type="checkbox"/> Électronique
ADRESSE POSTALE :				EXPIRATION (MM/AA) :		TÉLÉPHONE :		
VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :	COURRIEL :					

Au lieu d'apporter l'argent comptant avec moi le jour de la marche, j'aimerais porter le montant suivant à ma carte de crédit : (vous pouvez aussi faire votre paiement en ligne à [www.fibrosekystique.ca/marche](http://www.fibrosekystique.ca/marche))

Visa     MasterCard     AMEX

Nom du titulaire de la carte : \_\_\_\_\_

N° de la carte de crédit : \_\_\_\_\_

Montant : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_



TOTAL	\$	\$	\$	
TOTAL DE LA PAGE				\$
TOTAL - DONNÉES EN LIGNE				\$
TOTAL GÉNÉRAL				\$

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. Vous pouvez obtenir les détails au sujet de notre politique en envoyant un courriel à [info@cysticfibrosis.ca](mailto:info@cysticfibrosis.ca) (indiquez « À l'attention de l'agent[e] de la protection des renseignements personnels » dans le champ réservé au sujet), ou en communiquant avec Fibrose kystique Canada au 1-800-378-2233. N° d'enregistrement d'organisme de bienfaisance 10684 5100 RR0001