

Prière d'imprimer ce formulaire et le remplir.
Veuillez le renvoyer à :
EPS Canada
2451 prom. Riverside
Ottawa, Ontario K1H 7X7



Pleins feux sur des enfants sains et actifs!

Renseignements personnels

Nom _____
Adresse _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____
Numéro de téléphone à domicile _____ Numéro de téléphone au travail _____
Courriel _____
 Je voudrais recevoir un reçu électronique Je souhaite m'abonner à la liste de distribution électronique d'EPS Canada

Renseignements sur le don

<input type="checkbox"/> OUI, je voudrais être un(e) champion(ne) des enfants en santé et physiquement actifs, en versant un don <u>mensuel</u> <u>automatique</u> Je voudrais donner : <input type="checkbox"/> 10 \$ chaque mois <input type="checkbox"/> 25 \$ chaque mois <input type="checkbox"/> 50 \$ chaque mois <input type="checkbox"/> _____ \$ chaque mois, au <input type="checkbox"/> 1 ^{er} jour du mois ou <input type="checkbox"/> 15 ^{ème} jour du mois	<input type="checkbox"/> Je préfère faire un don <u>unique</u> Je voudrais donner : <input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 150 \$ <input type="checkbox"/> 300 \$ <input type="checkbox"/> Autre _____ \$
---	--

Type de don

Personnel Organisation / Groupe

Nom d'organisation / de groupe _____

Anonymat

Si vous préférez rester anonyme (aucune mention dans le rapport annuel, etc.) veuillez inscrire 'NON' dans la case _____

Commémoration

Aucune commémoration En souvenir de _____ En l'honneur de _____

Message à Éducation physique et santé Canada (facultatif)

Informations relatives au paiement

Veuillez prélever de mon compte en banque. J'ai joint un chèque portant la marque 'annulé'

Veuillez prélever l'argent sur ma carte de crédit : MasterCard VISA AMEX

Numéro de carte _____ Date d'expiration _____ Numéro CVV _____

J'inclus un chèque libellé à EPS Canada (pour les dons uniques seulement).

Pour les dons mensuels, j'accepte de renoncer à mon droit de préavis pour les prélèvements dans le cadre de cette entente. Je reconnais que je dispose en tout temps du droit d'apporter des changements au montant convenu en contactant EPS Canada au 613-523-1348 ou au info@eps-canada.ca, pour donner un préavis de 15 jours.

Signature _____ Date _____