



Fondation du cancer
du sein du Québec
www.rubanrose.org



Le week-end du 19 et 20 septembre 2009, de samedi midi à dimanche midi, se tiendra au Mont-Sainte-Anne l'événement *J'ai vaincu mon Everest*. Durant ces 24 heures, les participants auront la chance de gravir le Mont-Sainte-Anne le nombre de fois désiré en contribuant à notre levée de fonds par un don de **35 \$** (frais annulés lorsque vous recueillez 150 \$ et plus). L'objectif étant d'amasser des fonds pour la **Fondation du cancer du sein du Québec** sous forme de commandites, nous vous invitons à être généreux puisque l'argent servira à financer la recherche, la promotion de la santé du sein par l'éducation et la sensibilisation ainsi que le soutien aux personnes touchées par le cancer du sein. Pour le plaisir ou pour le défi, toute la famille est donc conviée à profiter des couleurs de l'automne et de l'air frais de la montagne tout en appuyant une excellente cause.

Soyez généreux et aidez-nous à franchir le sommet de la victoire : une vie sans cancer du sein !

RETOURNEZ LE FORMULAIRE PAR FAX AU **418-525-2258**
ou par courriel au mparadis@rubanrose.org

Les inscriptions se feront également sur place du samedi **19 septembre, 9 h** jusqu'au
20 septembre, 10 h. Jour et nuit, nous serons là pour vous accueillir !

POUR TOUTS RENSEIGNEMENTS : **418-525-6565** OU SANS FRAIS AU **1-866-325-6565**

BULLETIN D'INSCRIPTION

N° dossard _____

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____
 Téléphone (rés.) : _____ Téléphone (bur.) : _____
 Sexe : _____ Age : _____ Courriel : _____
 Comment avez-vous entendu parler de l'événement? Radio affiches fondation autres: _____

FORMULAIRE DE RENONCIATION

En connaissance de cause et à mes risques, je m'inscris à *J'ai vaincu mon Everest*. Par la présente, je dégage les organisateurs, les bénévoles et les partenaires de *J'ai vaincu mon Everest* de toute responsabilité à mon égard. Je déclare avoir les capacités physiques pour accomplir l'épreuve choisie. J'autorise tout personnel médical à intervenir selon ses compétences si nécessaire.

Signature : _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Montant formulaire : _____ Montant reçu : _____
 Initiale: _____ Initiale : _____

FORMULAIRE DE DON

N° dossard _____

PARTICIPANT

Nom :	Prénom :
Adresse :	

COMMANDITAIRES

Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Ville :	Province :	Code Postal :	
Téléphone :	Courriel :	Montant :	
Payé : <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Comptant	# Carte :	Date d'exp. :	Signature :

Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Ville :	Province :	Code Postal :	
Téléphone :	Courriel :	Montant :	
Payé : <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Comptant	# Carte :	Date d'exp. :	Signature :

Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Ville :	Province :	Code Postal :	
Téléphone :	Courriel :	Montant :	
Payé : <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Comptant	# Carte :	Date d'exp. :	Signature :

Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Ville :	Province :	Code Postal :	
Téléphone :	Courriel :	Montant :	
Payé : <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Comptant	# Carte :	Date d'exp. :	Signature :

Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Ville :	Province :	Code Postal :	
Téléphone :	Courriel :	Montant :	
Payé : <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Comptant	# Carte :	Date d'exp. :	Signature :