ENFANT-RETOUR Québec

J'estime que les adultes sont responsables de la protection des enfants et de la défense de droits comme de leurs intérêts. Il est de notre devoir de répondre à leurs besoins afin qu'ils puissent réaliser pleinement leurs rêves. Je tiens à saisir cette opportunité de contribuer à la création d'un environnement sûr et stimulant pour nos jeunes.

Type de don : ☐ Offrande In Memoriam ☐ Programme de dons par mensualités ☐ Don

Offrande à la mémoire de : _____

Veuillez transmettre une confirmation de mon offrande à :

Nom : _____

Adresse : _____
Rue Appt/bureau Ville Prov. Code postal

Lien de parenté : _____

Correspondance en : ☐ français ☐ anglais ☐ Autre : _____

Message spécial (si désiré) : _____

Informations personnelles du donateur

Nom : _____

Adresse : _____
Rue Appt/bureau Ville Prov. Code postal

Téléphone : Maison (_____) _____ Bureau (_____) _____

Courriel : _____

Montant du don : _____ **$**

☐ Veuillez percevoir le plein montant aujourd'hui

☐ Retraits mensuels de (minimum 15$ par mois) : _____ $

Date du premier retrait : _____

Mode de paiement : ☐ Visa ☐ Master Card ☐ AMEX ☐ Chèque

Numéro de la carte : _____ Expiration : _____ /_____

Nom du détenteur de la carte : _____

Chèque : Veuillez faire parvenir votre don accompagné de ce formulaire à : **Enfant-Retour Québec**
7101, avenue du Parc, bureau 100
Montréal (Québec) H3N 1X9

Votre employeur offre-t-il un programme de dons jumelés?

☐ Oui Nom de l'employeur : _____

☐ Non

Je souhaite que mon offrande reste anonyme : ☐ Oui ☐ Non

Un reçu de charité est automatiquement émis pour les dons de 15$ et plus

Numéro d'enregistrement/ Organisme de charité : 10788 6863 RR0001