



## RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT / PARTICIPANT INFORMATION

Mme / Mrs.  M. / Mr.

Nom / Name: \_\_\_\_\_

Adresse / Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 Domicile / Home: \_\_\_\_\_

 Bureau / Office: \_\_\_\_\_

Courriel / Email: \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPE (le cas échéant) / TEAM INFORMATION (If applicable)

Nom de l'équipe / Team name: \_\_\_\_\_

Nom du chef d'équipe / Name of team leader: \_\_\_\_\_

Nombre de participants / Number of participants: \_\_\_\_\_

## FRAIS D'INSCRIPTION / REGISTRATION FEES

- 10\$ par adulte / per adult  
 25\$ par famille / per family  
 Marcheur élite ou équipe / Elite Walker or team  
 Je désire faire un don / I wish to make a donation: \_\_\_\_\_

Visa  MasterCard  Chèque / Cheque  Comptant / Cash

# Carte / Card #: \_\_\_\_\_

Date d'expiration / Expiration date: \_\_\_\_\_

Nom du titulaire / Holder's name: \_\_\_\_\_

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



## LA MARCHÉ DE LA MÉMOIRE RONA RONA WALK FOR MEMORIES

**DIMANCHE 30 MAI 2010**  
**SUNDAY, MAY 30 2010**




**Inscriptions et dons**  
**Registrations and donations**

*Société*  
*Alzheimer*  
*Society*

[www.lamarchedelamemoire.com](http://www.lamarchedelamemoire.com)

**1-888-MEMOIRE**



**Société Alzheimer MONTRÉAL**  
**5165, rue Sherbrooke Ouest, bureau 410**  
**Montréal, QC H4A 1T6**  
 **(514) 369-0800**

