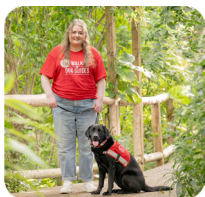


# INDÉPENDANCE RETROUVÉE. VIES TRANSFORMÉES.



REJOIGNEZ UN MOUVEMENT PUISSANT  
POUR OFFRIR DES CHIENS-GUIDES  
QUI CHANGENT DES VIES.



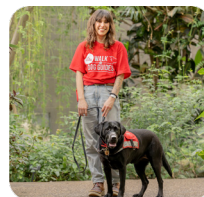
## D'ALERTE AU DIABÈTE

Les chiens-guides d'alerte au diabète sont formés pour aider les Canadiens (âgés de 14 ans ou plus) atteints de diabète de type 1.



## VISION CANINE

Les chiens guides à vision canine aident les Canadiens (âgés de 14 ans ou plus) qui sont aveugles ou malvoyants.



## AUDIENCE

Les chiens-guides d'assistance à l'audition aident les Canadiens (âgés de 16 ans ou plus) qui sont sourds ou malentendants.



## SOUTIEN AUX INSTALLATIONS

Les chiens d'assistance aident les agences professionnelles canadiennes qui travaillent avec des personnes vulnérables ayant subi un traumatisme.



## RÉPONSE À LA CRISE

Les chiens guides d'intervention en cas de crise d'épilepsie sont formés pour aider les Canadiens (âgés de 14 ans ou plus) atteints d'épilepsie réfractaire.

## JOIN US



## SERVICE

Les chiens guides aident les Canadiens (âgés de 14 ans ou plus) qui souffrent d'un handicap physique ou médical.



## ASSISTANCE AUX PERSONNES AUTISTES

Les chiens-guides d'assistance autisme aident les enfants (âgés de 3 à 12 ans) atteints du spectre autistique.



## AUGMENTER \$150



Niveau 1 : Chaussettes

## AUGMENTER \$500



Niveau 2 : Pantoufles de style hôtelier

## AUGMENTER \$1,000



Niveau 3 : Journal de bien-être

## AUGMENTER \$1,500



Niveau 4 : Robe de chambre gaufrée

SI VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR VOTRE CHÈQUE DE PRIME ICI ☐

| RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT<br>VEUILLEZ REMPLIR TOUTES LES SECTIONS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    | DANS QUELLE VILLE OU QUEL QUARTIER<br>VOTRE MARCHÉ A-T-ELLE LIEU |                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prénom ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nom de Famille ▶   | marcher en ville ▶                                               |                                                                                                                               |
| Adresse ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Unité ▶            | nom de l'équipe (optionnel) ▶                                    |                                                                                                                               |
| Ville ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Province ▶         | Code Postal ▶                                                    | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Email ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Téléphone ▶ (    ) | Sexe ▶                                                           | Mâle <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>                                 |
| <p><b>DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ</b></p> <p>En participant à la Marche Pet Valu pour les Chiens-Guides (« la Marche ») organisée par la Fondation des Lions du Canada Chiens-Guides, je renonce à toute réclamation pour moi-même, mes héritiers, mes exécuteurs testamentaires et mes administrateurs à la rencontre de tous les commanditaires, responsables et organisateurs de la Marche pour toute blessure, maladie ou décès pouvant résulter directement ou indirectement de ma participation à la marche. J'autorise en outre l'utilisation gratuite de mon nom et de mon image dans les documents publicitaires et promotionnels liés à la marche. Je confirme que je suis en bonne condition physique pour participer à la Marche. J'ai lu et compris le contenu de cette renonciation et j'en accepte les termes avant de participer à la Marche. <b>La Fondation des Lions du Canada Chiens-Guides du Canada des Lions émettra un reçu fiscal pour les dons de 20 \$ ou plus. Les incitatifs et les prix seront attribués en fonction du montant total des dons remis le jour de la Marche.</b></p> <p>Je suis âgé(e) de 18 ans ou plus Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>SIGNATURE:</b> _____ <b>DATE:</b> _____</p> |                    |                                                                  |                                                                                                                               |



- The Pet Valu Family of Stores -



| RENSEIGNEMENTS SUR LES DONATEURS VEUILLEZ REMPLIR COMPLÈTEMENT LE FORMULAIRE |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                    |  |               |                          |                                                                                                                               |    |  |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|---------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|
| 1                                                                            | Prénom ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Nom de Famille ▶   |  |               |                          | MONTANT DU DON                                                                                                                |    |  |
|                                                                              | Adresse ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Unité ▶            |  |               |                          | \$                                                                                                                            |    |  |
|                                                                              | Ville ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Province ▶         |  | Code Postal ▶ |                          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |    |  |
|                                                                              | Email ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Téléphone ▶ (    ) |  |               |                          | PAYÉ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                                                               |    |  |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                    |  |               |                          |                                                                                                                               |    |  |
| 2                                                                            | Prénom ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Nom de Famille ▶   |  |               |                          | MONTANT DU DON                                                                                                                |    |  |
|                                                                              | Adresse ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Unité ▶            |  |               |                          | \$                                                                                                                            |    |  |
|                                                                              | Ville ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Province ▶         |  | Code Postal ▶ |                          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |    |  |
|                                                                              | Email ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Téléphone ▶ (    ) |  |               |                          | PAYÉ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                                                               |    |  |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                    |  |               |                          |                                                                                                                               |    |  |
| 3                                                                            | Prénom ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Nom de Famille ▶   |  |               |                          | MONTANT DU DON                                                                                                                |    |  |
|                                                                              | Adresse ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Unité ▶            |  |               |                          | \$                                                                                                                            |    |  |
|                                                                              | Ville ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Province ▶         |  | Code Postal ▶ |                          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |    |  |
|                                                                              | Email ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Téléphone ▶ (    ) |  |               |                          | PAYÉ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                                                               |    |  |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                    |  |               |                          |                                                                                                                               |    |  |
| 4                                                                            | Prénom ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Nom de Famille ▶   |  |               |                          | MONTANT DU DON                                                                                                                |    |  |
|                                                                              | Adresse ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Unité ▶            |  |               |                          | \$                                                                                                                            |    |  |
|                                                                              | City ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Province ▶         |  | Code Postal ▶ |                          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |    |  |
|                                                                              | Email ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Téléphone ▶ (    ) |  |               |                          | PAYÉ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                                                               |    |  |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                    |  |               |                          |                                                                                                                               |    |  |
| 5                                                                            | Prénom ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Nom de Famille ▶   |  |               |                          | MONTANT DU DON                                                                                                                |    |  |
|                                                                              | Adresse ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Unité ▶            |  |               |                          | \$                                                                                                                            |    |  |
|                                                                              | Ville ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Province ▶         |  | Code Postal ▶ |                          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |    |  |
|                                                                              | Email ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Téléphone ▶ (    ) |  |               |                          | PAYÉ? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                |    |  |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                    |  |               |                          |                                                                                                                               |    |  |
| 6                                                                            | Prénom ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Nom de Famille ▶   |  |               |                          | MONTANT DU DON                                                                                                                |    |  |
|                                                                              | Adresse ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Unité ▶            |  |               |                          | \$                                                                                                                            |    |  |
|                                                                              | Ville ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Province ▶         |  | Code Postal ▶ |                          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |    |  |
|                                                                              | Email ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Téléphone ▶ (    ) |  |               |                          | PAYÉ? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                |    |  |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                    |  |               |                          |                                                                                                                               |    |  |
| 7                                                                            | Prénom ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Nom de Famille ▶   |  |               |                          | MONTANT DU DON                                                                                                                |    |  |
|                                                                              | Adresse ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Unité ▶            |  |               |                          | \$                                                                                                                            |    |  |
|                                                                              | Ville ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Province ▶         |  | Code Postal ▶ |                          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |    |  |
|                                                                              | Email ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Téléphone ▶ (    ) |  |               |                          | PAYÉ? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                |    |  |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                    |  |               |                          |                                                                                                                               |    |  |
| 8                                                                            | Prénom ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Nom de Famille ▶   |  |               |                          | MONTANT DU DON                                                                                                                |    |  |
|                                                                              | Adresse ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Unité ▶            |  |               |                          | \$                                                                                                                            |    |  |
|                                                                              | Ville ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Province ▶         |  | Code Postal ▶ |                          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |    |  |
|                                                                              | Email ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Téléphone ▶ (    ) |  |               |                          | PAYÉ? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                |    |  |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                    |  |               |                          |                                                                                                                               |    |  |
| 9                                                                            | Prénom ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Nom de Famille ▶   |  |               |                          | MONTANT DU DON                                                                                                                |    |  |
|                                                                              | Adresse ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Unité ▶            |  |               |                          | \$                                                                                                                            |    |  |
|                                                                              | Ville ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Province ▶         |  | Code Postal ▶ |                          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |    |  |
|                                                                              | Email ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Téléphone ▶ (    ) |  |               |                          | PAYÉ? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                |    |  |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                    |  |               |                          |                                                                                                                               |    |  |
| 10                                                                           | Prénom ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Nom de Famille ▶   |  |               |                          | MONTANT DU DON                                                                                                                |    |  |
|                                                                              | Adresse ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Unité ▶            |  |               |                          | \$                                                                                                                            |    |  |
|                                                                              | Ville ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Province ▶         |  | Code Postal ▶ |                          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |    |  |
|                                                                              | Email ▶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Téléphone ▶ (    ) |  |               |                          | PAYÉ? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                |    |  |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                    |  |               |                          |                                                                                                                               |    |  |
| IMPORTANT                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Afin de recevoir un reçu fiscal, veuillez inscrire votre nom et votre adresse complète de manière CLAIRE.</li><li>• Veuillez ne pas ajouter de dons en ligne à ce formulaire.</li><li>• Ce formulaire est réservé aux dons en espèces et/ou par chèque. Les chèques doivent être libellés à l'ordre de la Fondation des Lions du Canada Chiens-Guides.</li></ul> |  |                    |  |               | TOTAL DES DONS COLLECTÉS |                                                                                                                               | \$ |  |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                    |  |               | TOTAL DES DONS EN COURS  |                                                                                                                               | \$ |  |

1. Vérifiez que le TOTAL DES DONS correspond au TOTAL DES DÉPÔTS
2. Assurez-vous que tous les chèques sont libellés à l'ordre de : **LA FONDATION LIONS DU CANADA CHIENS-GUIDES**
3. Déposez les fonds à la Banque de Montréal - Numéro de transit 2382 - Numéro de compte 1034-912
4. Assurez-vous que le formulaire de prime est rempli de manière lisible afin de recevoir la prime
5. Remettez le bordereau de dépôt et les formulaires de don le jour de la Marche ou envoyez-les par la poste à : **LIONS FOUNDATION OF CANADA DOG GUIDES 152 Wilson St. Oakville, ON L6K 0G6**