



## Formulaire de don à imprimer

(Numéro de charité : 13160 7657 RR 0001)

Merci de votre don. La Société canadienne de l'autisme croit qu'un jour, les personnes atteintes d'un trouble envahissant du développement vivront dans un environnement qui favorise leur bien-être et la réalisation de leur plein potentiel comme membres participants de leurs communautés.

Remplissez le formulaire et postez-le à :

**Société canadienne de l'autisme**  
Boîte 22017, 1670, chemin Heron  
Ottawa ON K1V 0C2

### Informations personnelles

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

### Type de don

\_\_\_ Don unique : \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_ Don mensuel : \_\_\_\_\_ \$

Vous pouvez faire partie de nos donateurs réguliers. Téléphonnez-nous au 1-866-474-8440 pour en savoir plus.

\_\_\_ Don - anniversaire : Vous pouvez autoriser la SCA à retirer un montant fixe lors d'un anniversaire spécial. Téléphonnez-nous au 1-866-474-8440 pour en savoir plus.

\_\_\_ Don - hommage : Dédié à : \_\_\_\_\_

En retour de votre don, la SCA enverra un mot à cette personne spéciale :

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_



**Don commémoratif : À la mémoire de :** \_\_\_\_\_

En retour de votre don, la SCA enverra un mot à la personne ci-dessous :

**Prénom** \_\_\_\_\_ **Nom** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

**Ville** \_\_\_\_\_ **Province** \_\_\_\_\_ **Code postal** \_\_\_\_\_

### Paiement

Veuillez joindre un chèque ou mandat canadien à l'ordre de la **Société canadienne de l'autisme**.

**Chèque**

**Mandat (canadien)**

### Reçu

La Société canadienne de l'autisme émet un reçu officiel aux fins d'impôt pour tout don de 10 \$ et plus. Si vous désirez un reçu pour un montant moindre, veuillez nous le dire. Nous envoyons les reçus lorsque nous avons les dons en main. La SCA est un organisme de bienfaisance enregistré (numéro de charité : 13160 7657 RR 0001)

**Prénom** \_\_\_\_\_ **Nom** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

**Ville** \_\_\_\_\_ **Province** \_\_\_\_\_ **Code postal** \_\_\_\_\_

### Préférences

Comme j'appuie la SCA, je désire recevoir les rapports et les communiqués pour connaître les questions d'actualité, le soutien offert aux fournisseurs de soins et les nouvelles recherches.

Je désire recevoir de l'information une fois par année pour vous donner à nouveau mon appui.

Je désire que mon don reste anonyme.