Golf for a Cure / *Golfons pour la guérison*
Pledge Form / *Formule de commanditaires*

Office use only / Réservé au bureau
Team # / No de l'équipe:_____

☐ Mr./*M.* ☐ Mrs./*Mme* ☐ Ms./*Mlle* ☐ Dr./*Dr* ☐ Other/*Autre* Gender/*Sexe:* ☐ Male/*Homme* ☐ Female/*Femme*

First Name/*Prénom*:_____ Last Name/*Nom de famille*:_____

Address/*Adresse*:_____ Apt./*App.*:_____ City/*Ville*:_____ Province:_____

Postal Code/*Code postal*:_____ Home Tel/*Tél. domicile*:_____ Bus Tel/*Tél. bureau*:_____

E-mail Address/*Courriel*: _____ Date of Birth/*Date de naissance*: _____/_____/_____
MM/*MM* DD/*JJ* YYYY/*AAAA*

Will you deliver receipts to your sponsors?/*Remettrez-vouz les reçus à vos commanditaires?* ☐ **Yes/*Oui*** ☐ **No/*Non***

Event Type/*Type d'événement:* ☐ Golf Marathon/*Marathon de golf* ☐ Tournament/*Tournoi* ☐ Other/*Autre* _____
COURSE NAME/*NOM DU TERRAIN*

Tax receipts will be issued for $20 or more, but only if the donor's name and address are clearly printed and complete. All cheques made payable to: Canadian Cancer Society.
Des reçus d'impôt seront émis pour 20 $ ou plus, mais seulement si le nom et l'adresse du donateur sont compréhesibles et complets. Chèques payables à la : Société canadienne du cancer.

First Name *Prénom*	**Last Name** *Nom de famille*	**Home Address** *Adresse du domicile*	**City** *Ville*	**Prov.** *Prov.*	**Postal Code** *Code Postal*	**Pledge** *Montant*	**Collected** *Recueilli*	**Receipt No.** *No. du reçus*
Chris	Doe	123 Main Street	My Town	ON	A1B 2C3	$20	$20	12345

Participant Waiver/Release Agreement

By participating in a Canadian Cancer Society event, I waive and release any and all claims for myself, heirs, executors and administrators against all sponsors, officials and organizers of this event for injury, illness or death which may directly or indirectly result from my participation in this event. I grant full permission for organizers to use photographs of me in legitimate accounts and promotions of this event.

Clause de renonciation

En participant à un événement de la Société canadienne du cancer, je renonce à toutes réclamation en mon nom, en celui de mes héritiers, exécuteurs, ou administrateurs contre tous les commanditaires, employés ou organisateurs de l'événement pour blessure, maladie ou décès résultant directement ou indirectement de ma particiation à cet événement. Je donne ma permission aux organisateurs d'utiliser des photographies de moi aux fins de comptes rendus et de promotion légitimes sur l'événement.

Total Pledges
Total des dons: $_____

Total Collected
Total recueilli: $_____

Balance Remaining
Balance: $_____

Outstanding Received
Dons impayés reçus: $_____

Signature:_____ Date:_____ Page:_____ of/*de*:_____