

NOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

JE NE PEUX PAS PARTICIPER À L'ÉVÉNEMENT, MAIS JE DÉSIRE FAIRE UN DON : \_\_\_\_\_ \$

ADRESSE DE RETOUR : LA SOCIÉTÉ ALZHEIMER DE QUÉBEC, MARCHÉ DE LA MÉMOIRE, 312-1040, AV. BELVÉDÈRE, QC G1S 3G3  
OU INSCRIVEZ-VOUS AU [WWW.LAMARCHEDELAMEMOIRE.COM](http://WWW.LAMARCHEDELAMEMOIRE.COM)  418-527-4294

## FRAIS D'INSCRIPTION

10\$ PAR ADULTE, AÎNÉ OU ÉTUDIANT

25\$ PAR FAMILLE

CHÈQUE\*  VISA  MASTERCARD  COMPTANT

\* LIBELLÉ AU NOM DE LA SOCIÉTÉ ALZHEIMER DE QUÉBEC

N° CARTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATE D'EXPIRATION | | | | |

SIGNATURE : \_\_\_\_\_