

## OUI! Je veux aider les enfants qui ont un handicap à atteindre leur plein potentiel!

Veillez imprimer le formulaire, le compléter et l'envoyer soit par télécopieur ou par la poste à:

La Fondation du Centre de traitement pour enfants d'Ottawa  
395 ch Smyth  
Ottawa, ON K1H 8L2

Télécopieur: 613-738-4385  
Bureau: 613-738-4335  
Courriel: octcfoundation@octc.ca

Mme       M.       Autre

Votre nom est important,  
svp écrire lisiblement.

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur: \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Tél. à domicile # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tél. au travail # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse courriel: \_\_\_\_\_ Adresse sur le web: \_\_\_\_\_

### VOICI MON DON

35 \$     55 \$     75 \$     Je préfère donner \_\_\_\_\_ \$

### Veillez utiliser mon don :

- Pour les plus grands besoins       Quick Start – soutien hâtif pour l'autisme
- Programmes de loisirs et d'apprentissage       Encan charitable Pour Les Enfants     Équipement
- Je désire faire un don mensuel: (Compléter la section ci-dessous)*

### MODE DE PAIEMENT

- Voici un chèque à l'ordre de la Fondation du Centre de traitement pour enfants d'Ottawa
- Prélèvement de ma carte     MasterCard     Visa     Amex

Numéro de la carte \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**Ce don est:**  en mémoire de \_\_\_\_\_  en l'honneur de \_\_\_\_\_

**Veillez aviser la personne suivante au sujet de mon don:**

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Le lien d'appartenance **entre** la personne décédée (ou la personne honorée) **et** la personne à aviser.

**Vous recevrez sous peu un reçu officiel pour fins d'impôts sur le revenu, par la poste.**

---

**OUI! Je désire faire un don à tous les mois à la Fondation du Centre de traitement pour enfants d'Ottawa.**

Je veux donner à chaque **mois**:

5 \$       10 \$       15 \$       Autre: \_\_\_\_\_ \$

J'inclus un chèque en blanc sur lequel est inscrit « Annulé »

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Prélèvement de ma carte     MasterCard                       Visa                                       Amex

Numéro de la carte \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**Vous recevrez un reçu officiel pour fins d'impôts sur le revenu, à la fin de l'année.**

---

SVP m'envoyer des informations sur comment faire un don par voie de mon testament.

**No. d'organisme charitable - 866386972 RR 0001**

***MERCI DE VOTRE APPUI A LA FONDATION DU  
CENTRE DE TRAITEMENT POUR ENFANTS D'OTTAWA***

Patricia Shapiro  
Directrice  
(613) 738-4336

Nicole Bernard  
Programme d'appui philanthropique  
(613) 738-4335