



BOUCLIER D'ATHÉNA
SHIELD OF ATHENA
SERVICES FAMILIAUX | FAMILY SERVICES

Nom/Name _____ Téléphone/Telephone _____

Adresse/Address _____ Code postal/Postal Code _____

Oui, je voudrais soutenir la mission du Bouclier d'Athéna en donnant /Yes, I wish to support the Shield of Athena's mission by donating as a:

\$35 Membre/Member \$100 Mécène /Supporter \$500 Patron \$1,000 Bienfaiteur/Benefactor Autre/other \$ _____

À la mémoire de /in memory of En l'honneur de /in honor of \$ _____ : Nom/Name _____

Adresse/Address _____ Code postal/Postal Code _____

Afin que nous puissions adresser vos vœux, veuillez nous faire parvenir le nom et l'adresse de la personne à honorer/
For us to acknowledge your generosity, supply Donee's full name and address

Paiement par/Payment by: Visa MasterCard Cheque (à l'ordre du Bouclier d'Athéna Services familiaux /payable to the Shield of Athena Family Services)

Numéro de la carte /Credit Card No. _____ Date d'expiration /Expiry Date _____

Nom du détenteur de la carte /Name on card _____ Date _____

Je voudrais rester anonyme /Please keep my name anonymous

Un reçu pour fins d'impôt suivra. /A receipt for tax purposes will be issued.
BN 13882 3471 RR001

*Veuillez compléter et retourner avec
votre paiement si applicable à l'adresse suivante :
Please complete and return with your payment if applicable at:
C.P. 25 Mont-Royal, Mont-Royal Qc H3P 3B8*