

|                                      |                                     |                             |                             |  |   |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| PARTICIPANT *                        | SITE DE RANDONNÉE / WALK LOCATION * | NOM DE L'ÉQUIPE / TEAM NAME |                             | <b>MON ENGAGEMENT PERSONNEL</b><br>Entrez votre don personnel ici<br><b>MY PERSONAL PLEDGE</b><br>Enter your personal donation to SuperWalk here | MONTANT / PLEDGE<br>\$<br><input type="checkbox"/> ESPÈCES / CASH<br><input type="checkbox"/> CHÈQUE / CHEQUE |
| PRÉNOM / FIRST NAME NOM / LAST NAME* | ADRESSE POSTALE / STREET ADDRESS *  |                             | TÉLÉPHONE / TELEPHONE       | MONTANT / PLEDGE   |   |
|                                      | VILLE / CITY *                      | PROV. *                     | CODE POSTAL / POSTAL CODE * | COURRIEL / EMAIL (OPTIONAL)  | \$<br><input type="checkbox"/> ESPÈCES / CASH<br><input type="checkbox"/> CHÈQUE / CHEQUE                     |
| PRÉNOM / FIRST NAME NOM / LAST NAME* | ADRESSE POSTALE / STREET ADDRESS *  |                             | TÉLÉPHONE / TELEPHONE       | MONTANT / PLEDGE   |   |
|                                      | VILLE / CITY *                      | PROV. *                     | CODE POSTAL / POSTAL CODE * | COURRIEL / EMAIL (OPTIONAL)  | \$<br><input type="checkbox"/> ESPÈCES / CASH<br><input type="checkbox"/> CHÈQUE / CHEQUE                     |
| PRÉNOM / FIRST NAME NOM / LAST NAME* | ADRESSE POSTALE / STREET ADDRESS *  |                             | TÉLÉPHONE / TELEPHONE       | MONTANT / PLEDGE   |   |
|                                      | VILLE / CITY *                      | PROV. *                     | CODE POSTAL / POSTAL CODE * | COURRIEL / EMAIL (OPTIONAL)  | \$<br><input type="checkbox"/> ESPÈCES / CASH<br><input type="checkbox"/> CHÈQUE / CHEQUE                     |
| PRÉNOM / FIRST NAME NOM / LAST NAME* | ADRESSE POSTALE / STREET ADDRESS *  |                             | TÉLÉPHONE / TELEPHONE       | MONTANT / PLEDGE   |   |
|                                      | VILLE / CITY *                      | PROV. *                     | CODE POSTAL / POSTAL CODE * | COURRIEL / EMAIL (OPTIONAL)  | \$<br><input type="checkbox"/> ESPÈCES / CASH<br><input type="checkbox"/> CHÈQUE / CHEQUE                     |
| PRÉNOM / FIRST NAME NOM / LAST NAME* | ADRESSE POSTALE / STREET ADDRESS *  |                             | TÉLÉPHONE / TELEPHONE       | MONTANT / PLEDGE   |   |
|                                      | VILLE / CITY *                      | PROV. *                     | CODE POSTAL / POSTAL CODE * | COURRIEL / EMAIL (OPTIONAL)  | \$<br><input type="checkbox"/> ESPÈCES / CASH<br><input type="checkbox"/> CHÈQUE / CHEQUE                     |
| PRÉNOM / FIRST NAME NOM / LAST NAME* | ADRESSE POSTALE / STREET ADDRESS *  |                             | TÉLÉPHONE / TELEPHONE       | MONTANT / PLEDGE   |   |
|                                      | VILLE / CITY *                      | PROV. *                     | CODE POSTAL / POSTAL CODE * | COURRIEL / EMAIL (OPTIONAL)  | \$<br><input type="checkbox"/> ESPÈCES / CASH<br><input type="checkbox"/> CHÈQUE / CHEQUE                     |
| PRÉNOM / FIRST NAME NOM / LAST NAME* | ADRESSE POSTALE / STREET ADDRESS *  |                             | TÉLÉPHONE / TELEPHONE       | MONTANT / PLEDGE   |   |
|                                      | VILLE / CITY *                      | PROV. *                     | CODE POSTAL / POSTAL CODE * | COURRIEL / EMAIL (OPTIONAL)  | \$<br><input type="checkbox"/> ESPÈCES / CASH<br><input type="checkbox"/> CHÈQUE / CHEQUE                     |

**INFORMATIONS REQUISES\* / \*REQUIRED INFORMATION**

**DONS: Écrire clairement** dans toutes les espaces et ne pas inclure les fonds en ligne. Les reçus aux fins seront émis automatiquement pour les engagements de 20 \$ et plus. Les reçus aux fins de l'impôt seront postés avant le 28 février. Si l'information n'est pas complète, aucun reçu aux fins de l'impôt sera émis.  
 Parkinson Canada GrandeRandonnée 316-4211 - rue Yonge, Toronto, ON - M2P 2A9

**PLEDGES: Please print clearly**, complete all fields and do not include funds collected online. Tax receipts will be automatically issued for donations \$20 and over and will be mailed by February 28th of the following year. Tax receipts cannot be issued if information is incomplete. Return or mail your pledge forms to a Parkinson Canada office to make your walk day check-in easier. Get them in by August 31st and see your totals counted on your walk day!  
 Parkinson Canada Attn: SuperWalk 316-4211 Yonge St. Toronto, ON - M2P 2A9

|  |   |    |
|--|---|----|
| PAGE# ____ de ____ PAGES<br>SHEET ____ of ____ SHEETS  | TOTAL COLLECTÉ / CETTE PAGE<br>TOTAL COLLECTED THIS SHEET | \$ |
| Copiez cette page si vous avez besoin de plus d'espace ou télécharger à <a href="http://donate.parkinson.ca/swpledge">donate.parkinson.ca/swpledge</a><br>Copy this sheet if you need more space or download one at <a href="http://donate.parkinson.ca/swpledge">donate.parkinson.ca/swpledge</a> | TOTAL COLLECTÉ / TOUTES LES PAGES<br>TOTAL OF ALL SHEETS  | \$ |

## Renonciation/Waiver

J'accepte de participer à la Grande Randonnée Parkinson (GRP) volontairement et je le fais à mes propres risques. Par la présente, je dégage Parkinson Canada, les commanditaires corporatifs de la GRP ou toute autre partie associée de quelque façon que ce soit à la GRP ainsi que leurs membres, administrateurs, agents, employés, personnel et bénévoles, de toute réclamation ou poursuite découlant de toutes blessé(e), de la mort, de dommages à la propriété ou de vol, de pertes, ou de toutes responsabilités de toute sorte relativement à ma participation à la GRP ou toute autre activité qui y est associée. Je consens recevoir des soins d'urgence dans l'éventualité où je serais malade ou blessé(e) lors de ma participation à la GRP, et j'accepte de ne pas tenir Parkinson Canada responsable de tous frais associés à de tels traitements. Je consens à la publication ou autre utilisation de mon nom, voix, photographie ou sans avis supplémentaire ou compensation dans toute publicité ou annonce faites par Parkinson Canada de quelque manière que ce soit, incluant les publications, les émissions (télévision ou radio) ou l'internet. En signant ci-dessous, je confirme que j'ai lu attentivement cette décharge et consentement et que je comprends pleinement et accepte son contenu.

I agree that I am participating in Parkinson Canada SuperWalk (PSW) voluntarily and do so at my own risk. I hereby fully release Parkinson Canada, the corporate sponsors of PSW, and any other parties connected in any way with PSW, as well as their respective officers, directors, agents, employees, staff and volunteers, from all claims or lawsuits for any injuries, death, property damage or theft, losses, or any other liability of any kind, arising directly or indirectly out of my participation in PSW or any of the activities associated therewith. I consent to being provided with emergency treatment in the event of my illness or injury during my participation in PSW, and agree to not hold Parkinson Canada responsible for any costs associated with such treatment. I consent to the publication and/or other use of my name, voice, photograph or other likeness without further notice or compensation in any publicity or advertisement carried out by Parkinson Canada in any manner whatsoever, including print, broadcast, or the Internet. By signing below, I confirm that I have carefully read this Release and Consent waiver and fully understand and agree to its contents.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant  
Signature of participant

\_\_\_\_\_  
Signature du tuteur, si le participant a moins de 18 ans.  
Signature of guardian (if under 18)

## Déclaration de confidentialité Privacy Statement

Parkinson Canada recueille de l'information personnelle afin de communiquer avec ses donateurs concernant des initiatives/collectes de fonds. En fournissant cette information, vous consentez à être contacté(e). Pour une copie de notre politique sur la vie privée, veuillez visiter [parkinson.ca/privacy-policy](http://parkinson.ca/privacy-policy), ou communiquer avec nous au : [donating@parkinson.ca](mailto:donating@parkinson.ca) / ou par téléphone au 1 (800) 565-3000

Parkinson Canada SuperWalk and Parkinson Canada collects personal information to communicate with supporters about initiatives and fundraising. By providing your information, you give consent to be contacted. For a copy of our privacy policy, please visit [parkinson.ca/privacy-policy](http://parkinson.ca/privacy-policy), or contact us at: [donating@parkinson.ca](mailto:donating@parkinson.ca) / or by telephone at 1 (800) 565-3000

## Nos commanditaires / Our Sponsors

**LaxA Day™**



La Grande Randonnée Parkinson est marque™ PARKINSON CANADA SUPERWALK is de commerce (MC) de Parkinson Canada Inc. a trademark owned by Parkinson Canada Inc.

## Information sur le participant Participant Information

Lieu de la randonnée / Walk Location

Prénom / First Name

Nom de famille / Last Name

Courriel / E-mail

Adresse / Address

Ville / City

Province

Code postal  
Postal Code

Combien d'années avez-vous été inscrite(e) à la Grande Randonnée Parkinson?

Téléphone / Phone

How many years have you participated in SuperWalk?

Nom de l'équipe / Team Name

Capitaine d'équipe?  
Team Captain?

Oui / Yes  Non / No

Êtes-vous atteint(e) de la maladie de Parkinson?  
Are you living with Parkinson's?

Sexe / Gender

Oui / Yes  Non / No

À quel groupe d'âge appartenez-vous? / Please select your age group

Moins de 12 Under 12  12-17  18-25  26-40  41-55  56-64  65+

My primary reason for participating in SuperWalk is: / Champ obligatoire : la raison principale ou le lien, qui vous rattache à Parkinson Canada :

- I have Parkinson's / Je suis atteint(e) de la maladie de Parkinson
- My partner has/had Parkinson's / Mon/ma partenaire est atteint(e) de la maladie de Parkinson
- My parent has/had Parkinson's / Un de mes parents est / était atteint de la maladie de Parkinson
- My grandparent has/had Parkinson's / Un de mes grands-parents est / était atteint de la maladie de Parkinson
- I am a healthcare professional / Je suis un professionnel de la santé
- My child has/had Parkinson's / Mon enfant est / était atteint de la maladie de Parkinson
- My friend has/had Parkinson's / Mon ami(e) est / était atteint(e) de la maladie de Parkinson
- My family member has/had Parkinson's / Un membre de ma famille est / était atteint de la maladie de Parkinson
- My organization or employer supports Parkinson SuperWalk / Mon organisme ou employeur appuie La Grande Randonnée Parkinson
- I just want to support the cause / Je désire tout simplement apporter mon soutien à cette cause.
- Other / Autre
- Prefer not to answer / Je préfère ne pas répondre
- Multiple statements describe me equally / Plusieurs déclarations me décrivent également

LA GRANDE  
**RANDONNÉE**  
PARKINSON  
CANADA  
**SUPERWALK** HD

FORMULAIRE DE COLLECTE DE FONDS  
PLEDGE FORM



**Joignez-vous à nous en septembre**  
**Join us this September**

**QUOI QU'IL ARRIVE**  
**NO MATTER WHAT**

Inscrivez-vous en ligne à  
[granderandonneeparkinson.ca](http://granderandonneeparkinson.ca)  
ou par téléphone à

**1 (800) 565-3000**

Register online at [superwalk.ca](http://superwalk.ca) or call