



Financière Manuvie

Défi-Santé 2010

Nom du CYCLISTE (écrire en lettres moulées) : _____

Téléphone : _____

ADRESSE COMPLÈTE DES DONATEURS (écrire en lettres moulées)

Montant	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	

Libellez votre chèque à l'ordre de : La Fondation Lina Cyr, 1989 Sherbrooke Est, Montréal, QC. H2K 1B8