



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION
PROGRAMME FAMILIAL D'ÉDUCATION
DU 24 JUILLET AU 5 AOÛT 2022

Date limite d'inscription: 29 avril 2022

Section locale: _____ Date d'adhésion au Syndicat: _____

Unité: _____ Bureau: ☐ Usine: ☐

Nom: _____ Prénom: _____ Sexe : F ☐ M ☐ X ☐

Adresse complète : _____

Courriel : _____ Cell. : _____

Téléphone : _____ Date de naissance (mois en lettres) : _____
(ex :20 septembre 1970)

Employeur: _____

Lieu: _____

Date de la demande: _____ Signature du/
de la candidate _____

Êtes-vous accompagné(e) de votre conjoint(e) OUI ☐ NON ☐ Si oui:

Nom du/de la conjoint(e): _____ Prénom: _____

Êtes-vous accompagné(e) d'enfant(s): OUI ☐ NON ☐

Si oui, identifiez vos enfants qui participeront à la session (qui ne passeront pas le cap les 19 ans pendant la durée du Programme) :

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (Mois en lettres)	SEXE (F, M ou X)

IMPORTANT : Si l'un ou l'autre des enfants mentionnés ci-dessus fait l'objet de besoins spéciaux en raison d'un diagnostic médical, SVP complétez la section « Besoins spéciaux » au verso du présent formulaire.

Je suis : fumeur ☐ non-fumeur ☐ Je désire voyager : en auto ☐ en avion ☐
Vous ou votre conjoint(e), avez-vous déjà participé à un programme familial d'éducation? OUI ☐ NON ☐

Si oui, en quelle année: _____



SERVICE DE L'ÉDUCATION

565, boul. Crémazie Est, Bureau 10 100
MONTRÉAL (Qc) H2M 2W1

Téléphone: 514 850 2552

Sans frais: 1 800 361-0483 poste 2552

Courriel: educationquebec@unifor.org

SESSION DU 24 JUILLET AU 5 AOÛT 2022

BESOINS SPÉCIAUX : En quelques mots, indiquez ci-dessous la nature des besoins particuliers de chacun des enfants ayant reçu un diagnostic médical (ou en processus d'évaluation) entraînant la mise en place de mesures spéciales (ex. TDA, TDAH, Gilles de la Tourette, autisme, motricité réduite, etc.) SVP indiquez également la prise de médicament, s'il y a lieu. **Note :** Ces informations n'ont pas pour but de rejeter votre candidature! Au contraire, nous désirons être en mesure de répondre aux besoins de votre/vos enfant(s), en toute connaissance de cause. Au moment de la sélection des familles qui participeront au programme de cette année, nous communiquerons avec vous pour évaluer les mesures qui devront être prises par le Centre familial d'éducation Unifor pour accueillir tous les membres de votre famille!

NOM DE L'ENFANT : _____

NOM DE L'ENFANT : _____

NOM DE L'ENFANT : _____

IMPORTANT : Lorsque vous soumettrez votre demande auprès du Service de l'éducation, veuillez joindre une copie de la carte d'assurance-maladie pour toutes les personnes dont le nom apparaît au présent formulaire.

AUTHENTIFICATION DE LA SECTION LOCALE :

Je certifie que le/la participant(e) est membre en règle d'Unifor.

Nom de l'officier signataire, en lettres moulées : _____

(président ou secrétaire-trésorier)

TITRE : _____

SIGNATURE : _____

DATE : _____

Section locale : _____

Veuillez faire parvenir les demandes d'inscription à l'attention de: **Laurent Lévesque, Unifor-Québec, Service de l'Éducation, 565, boul. Crémazie Est, Bureau 10 100, Montréal (QC) H2M 2W1, avant le 29 avril 2022.** La sélection des participant(e)s se fera au fur et à mesure que les inscriptions seront enregistrées; sur la base du « premier arrivé = premier servi »! Toutes les familles sélectionnées recevront une invitation afin d'assister à une soirée d'information qui aura lieu à la fin mai – début juin 2022 (date à déterminer).