

565, boul. Crémazie Est, Bureau 10 100
MONTRÉAL (QC) H2M 2W1
Téléphone : (514) 389-9223 / 1 (800) 361-0483
Télécopieur : (514) 389-3578

PROGRAMME DE CONGÉS-EDUCATION PAYÉS
FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DES SALAIRES ET TEMPS PERDU
PRIÈRE D'ÉCRIRE LISIBLEMENT

NAS:	_____	SECTION LOCALE:	_____	UNITÉ:	_____
Prénom:	_____	NOM DE LA COMPAGNIE:	_____		
Nom de famille:	_____		Téléphone (rés.):	_____	
Sexe:	Homme ☐	Femme ☐	Téléphone (travail):	_____	
Adresse:	_____		Téléphone (cell.):	_____	
	_____		Courriel :	_____	
Ville:	_____		Date de naissance (mois en lettres) :	_____	
Province:	_____		Personne à aviser en cas d'urgence:	_____	
Code postal:	_____		Téléphone:	_____	
Fumeur ou fumeuse?	OUI ☐	NON ☐	(votre réponse n'a pour but que de faciliter l'attribution de votre chambre)		
Autochtone ou racisé(e)?	OUI ☐	NON ☐	(pour nos statistiques seulement)		
Condition particulière (handicap, condition médicale, régime alimentaire particulier, etc.)? OUI ☐ NON ☐					

(NE PAS COMPLÉTER CETTE SECTION SI L'EMPLOYEUR CONTINUE DE VERSER DIRECTEMENT LE SALAIRE PENDANT LE PROGRAMME)

Taux des heures de travail perdues courant: \$ _____ + Indexation: \$ _____ = Taux horaire total: _____

Changement de taux prévu: (Quand) _____ Combien: \$ _____

Heures/Période de paye: _____ Taux de l'équipe de soir: \$ _____ Taux de l'équipe de nuit: _____

Corps de métier? Oui: _____ Non: _____ % de paie de vacances (le cas échéant): _____ %
Requis seulement si votre paie de vacances est incluse dans votre paie régulière (conformément à votre convention collective)

ÊTES-VOUS UN TRAVAILLEUR : À TEMPS PLEIN? ☐ À TEMPS PARTIEL? ☐

Aucun changement au taux horaire ne sera fait sans vérification préalable du talon de paie ou auprès de la section locale. Nous encourageons le dépôt direct pour éviter les délais postaux. Prière de joindre un chèque portant la mention <<ANNULÉ>>.

Si oui, détaillez : _____

Demande pour camarade de chambre: _____

Signature du candidat: _____ Date: _____

Vérification, section locale : _____
(Signature) (Nom en lettres)

Titre (Président, secrétaire financier ou président d'usine)

☞ Si le candidat ou la candidate occupe l'une des fonctions indiquées ci-dessus, la vérification doit être faite par une tierce personne dûment autorisée.

FORMULAIRE DE LA PERSONNE PARTICIPANTE
Il est à noter qu'aucun animal domestique n'est autorisé au Centre d'éducation d'Unifor.

MEAL REQUIREMENTS

EXIGENCES DIÉTÉTIQUES

For health and/or medical/religious/dietary reasons **I do not** wish to be served the following: Pour une raison médicale, religieuse ou diététique, **je ne veux pas** qu'on me serve les produits suivants :

pork/porc	_____	beef/boeuf	_____
chicken/volaille	_____	fish/poisson	_____
seafood/fruits de mer	_____		

Food allergies/Allergies alimentaires : _____

This completed form will not be kept on file after the dates specified below.
Ce formulaire que vous avez rempli ne sera pas gardé dans nos dossiers
après les dates spécifiées ci-dessous.

Arrival date: _____ Departure date: _____
Date d'arrivée : _____ Date de départ : _____

Name of course or conference: _____
Nom du cours ou de la conférence : _____

Name of participant: _____
Nom du/de la participante : _____

Local union: _____ Room number: _____
Section locale : _____ Numéro de chambre : _____

VEUILLEZ FAIRE PARVENIR VOTRE FORMULAIRE D'INSCRIPTION
DÛEMENT REMPLI À L'ADRESSE COURRIEL
educationquebec@unifor.org