

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

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 22 septembre

**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 <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> | 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | (votre réponse n'a pour but que de faciliter l'attribution de votre chambre) |       |        |       |
| Autochtone ou racisé(e)?                                                                                                                               | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | (pour nos statistiques seulement)                                            |       |        |       |
| Condition particulière (handicap, condition médicale, régime alimentaire particulier, etc.)? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |                                                               |                                                                              |       |        |       |

**(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 aliments 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](mailto:educationquebec@unifor.org)