



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION  
PROGRAMME FAMILIAL D'ÉDUCATION  
DU 21 JUILLET AU 2 AOÛT 2019**

**Date limite d'inscription: 19 avril 2019**

Section locale: \_\_\_\_\_ Date d'adhésion au Syndicat: \_\_\_\_\_

Unité: \_\_\_\_\_ Bureau:  Usine:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Sexe: F  M  X

Adresse: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Employeur: \_\_\_\_\_

Lieu: \_\_\_\_\_

Date de la demande: \_\_\_\_\_ Signature du/ de la candidat(e) \_\_\_\_\_

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<br>(jj/mm/AAAA) | SEXE<br>(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: 514 389-9223

Sans frais: 1 800 361-0483

Courriel: [educationquebec@unifor.org](mailto:educationquebec@unifor.org)

### SESSION DU 21 JUILLET AU 2 AOÛT 2019

**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 : \_\_\_\_\_

Veillez 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 **19 avril 2019**. 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 2019 (date à déterminer).