



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION  
PROGRAMME FAMILIAL D'ÉDUCATION  
DU 21 JUILLET AU 2 AOÛT 2024**

**Date limite d'inscription: 29 avril 2024**

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](mailto:educationquebec@unifor.org)

### SESSION DU 21 JUILLET AU 2 AOÛT 2024

**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 soumettez 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: **Annie Audet, Unifor-Québec, Service de l'Éducation, 565, boul. Crémazie Est, Bureau 10 100, Montréal (QC) H2M 2W1, avant le 29 avril 2024.** 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).

# 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)