



**DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 17 FÉVRIER 2023**

**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"/> |                                                               |                                                                              |       |        |       |
| Si oui, détaillez : _____                                                                                                                              |                                                               |                                                                              |       |        |       |

**(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 paye 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>>.**

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.**

## FORMULAIRE D'INFORMATION – CEP RÉGULIERS 2023

NOM: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_ APP N° \_\_\_\_\_

CODE POSTAL: \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

SECTION LOCALE: \_\_\_\_\_ UNITÉ: \_\_\_\_\_

MEMBRE DU SYNDICAT DEPUIS: \_\_\_\_\_ FUMEUR : OUI ☐ NON ☐

DATE DE NAISSANCE (mois en lettres): \_\_\_\_\_ NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : \_\_\_\_\_

JE SERAI ACCOMPAGNÉ DE MON OU MA CONJOINT(E)  
(POUR LA FIN DE SEMAINE PRÉPARATOIRE SEULEMENT): OUI ☐ NON ☐

SI OUI, NOM DU/DE LA CONJOINT(E): \_\_\_\_\_

### PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE:

NOM: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_ LIEN DE PARENTÉ: \_\_\_\_\_

### COURS SUIVIS DANS LE PASSÉ:

|                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| LE/LA DÉLÉGUÉ(E) SYNDICAL(E) | <input type="checkbox"/> |
| LA NÉGOCIATION COLLECTIVE    | <input type="checkbox"/> |
| PROCÉDURE PARLEMENTAIRE/     |                          |
| COMMUNICATION ORALE          | <input type="checkbox"/> |
| HISTOIRE SYNDICALE           | <input type="checkbox"/> |
| ÉCONOMIE/COMPTABILITÉ        | <input type="checkbox"/> |

AUTRES COURS SYNDICAUX, LESQUELS? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.../verso

COMMENT AVEZ-VOUS APPRIS L'EXISTENCE DU PROGRAMME DES CONGÉS-ÉDUCATION PAYÉS?

ÊTES-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ DIRIGEANT OU REPRÉSENTANT SYNDICAL? OUI ☐ NON ☐

SI OUI, QUEL(S) POSTE(S) ET QUAND? \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS DÉJÀ PARTICIPÉ À DES NÉGOCIATIONS DE CONVENTIONS COLLECTIVES? OUI ☐ NON ☐

SI OUI, LESQUELLES? \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS DÉJÀ PRIS PART À L'ACTION SYNDICALE EN FAVEUR DE, CONTRE OU POUR MODIFIER LA LÉGISLATION?

OUI ☐ NON ☐

COMMENT? \_\_\_\_\_

QUELS SONT VOS LOISIRS OU LES SPORTS QUE VOUS PRATIQUEZ ?

SIGNATURE DU CANDIDAT: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

**SECTION RÉSERVÉE AUX MEMBRES DU COMITÉ DE SÉLECTION**

RECOMMANDATION OUI ☐ NON ☐

REMARQUES : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

**PRÉSIDENT-E DE LA SECTION LOCALE**

DATE : \_\_\_\_\_

S.V.P. RETOURNER LE FORMULAIRE ORIGINAL ET, LE CAS ÉCHÉANT, DE DEMANDE DE SUBVENTION (TOTALE OU PARTIELLE), DEMANDE DE FINANCEMENT 50/50 OU DEMANDE DE SUBVENTION POUR FRAIS DE GARDE, À:

**UNIFOR, SERVICE DE L'ÉDUCATION  
565, BOUL. CRÉMAZIE EST, BUREAU 10 100  
MONTRÉAL (QC) H2M 2W1**

**AVANT LE 17 FÉVRIER 2023**

# 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)