

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

Vous pouvez remplir ce formulaire en utilisant Adobe Acrobat Reader et en sélectionnant le menu Affichage>Outil>Remplir et signer>Ouvrir

NAS : _____ Section locale : _____
Employeur : _____ Téléphone résidence : _____

****Ces renseignements doivent être identiques à ceux sur vos documents de voyage****

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Sexe : Homme Femme Date de naissance (mois en lettres) : _____

Cellulaire : _____ Courriel : _____

Adresse complète : _____
(Numéro municipal, rue, numéro d'appartement, ville, province, code postal)

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ Cellulaire : _____

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

Si oui, détaillez : _____

**COMPLÉTER CETTE SECTION SI L'EMPLOYEUR ARRÊTE DE VERSER DIRECTEMENT LE SALAIRE
PENDANT LE PROGRAMME**

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

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

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

VOUS TRAVAILLEZ : 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 : _____ (Des frais sont applicables si vous choisissez d'être seul-e)

Signature de la personne participante : _____ Date : _____

Vérification, section locale : _____
(Signature) _____ Nom (en caractères d'imprimerie)

Titre (Président-e, responsable financier ou président-e d'unité)

☞ Si la personne participante occupe l'une des fonctions ci-dessus, la vérification doit être faite par une tierce personne dûment autorisée.

Il est à noter qu'aucun animal domestique n'est autorisé au Centre d'éducation d'Unifor.

MEAL REQUIREMENTS

EXIGENCES DIÉTÉTIQUES

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

Porc (pork) _____ Boeuf (beef) _____

Volaille (chicken) _____ Poisson (fish) _____

Fruits de mer (seafood) _____

Allergies alimentaires (food allergies) : _____

Est-il sécuritaire d'avoir l'allergène au menu? (Can it be on the menu?) OUI NON

Devez-vous transporter un ÉpiPen? (Do you carry an EpiPen?) OUI NON

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.

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

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

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

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

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