



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION PROGRAMME FAMILIAL D'ÉDUCATION DU 21 JUILLET AU 2 AOÛT 2024

Date limite d'inscription: 29 avril 2024

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

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

Employeur : \_\_\_\_\_ Lieu d'emploi : \_\_\_\_\_ Bureau :  Usine :

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

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (mois en lettres) : \_\_\_\_\_ Sexe : Homme  Femme  X

Courriel : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Signature du/de la candidate : \_\_\_\_\_ Date de la demande : \_\_\_\_\_

- Serez-vous accompagné-e de votre conjoint-e? OUI  NON  Si oui :

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (mois en lettres) : \_\_\_\_\_ Sexe : Homme  Femme  X

Courriel : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

- Serez-vous accompagné-e de votre/vos enfant-s? OUI  NON  Si oui :

Identifiez les enfants qui participeront à la session et qui ne passeront pas le cap des 19 ans durant le programme :

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (MOIS EN LETTRES)	SEXE (F, M X)
-----	--------	-------------------------------------	---------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\*\* Merci de faire parvenir une photo de la carte d'assurance maladie de toutes les personnes qui participeront au programme familial d'éducation à [educationquebec@unifor.org](mailto:educationquebec@unifor.org) \*\*

**IMPORTANT : Si l'un des enfants mentionnés ci-dessus fait l'objet de besoins spéciaux en raison d'un diagnostic médical, s'il vous plaît remplir la section « Besoins spéciaux » au verso de ce formulaire.**

Fumez-vous? OUI  NON  Vous désirez voyager : EN AVION  EN VOITURE

Avez-vous (ou votre conjoint-e) déjà participé au Programme familial d'éducation d'Unifor? OUI  NON

Si oui, en quelle année? \_\_\_\_\_

**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 (exemple : TDA, TDAH, Syndrome de Gilles de la Tourette, autisme, motricité réduite, etc.) S'il vous plait aussi indiquer si votre enfant doit prendre des médicaments. *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 enfants de la meilleure façon possible lors de votre séjour avec nous. Au moment de faire la sélection des familles pour le Programme, nous communiquerons avec vous pour évaluer les mesures qui doivent être mises en place par le Centre familial d'éducation pour accommoder votre famille.*

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Authentification de la section locale**

Je certifie que la personne participante est membre en règle d'Unifor

Nom de l'officier signataire (en caractère d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

(Président-e ou responsable financier)

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 26 avril 2024 ou à l'adresse courriel : [educationquebec@unifor.org](mailto:educationquebec@unifor.org). 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 2024 (date à déterminer). Pour toute question, vous pouvez nous contacter au 514.850.2552.**

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

# EXIGENCES DIÉTÉTIQUES

## MEAL REQUIREMENTS

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](mailto:educationquebec@unifor.org)