

Date limite d'inscription: 21 avril 2017

Section locale: _____ Date d'adhésion au Syndicat _____

Unité: _____ Bureau: Usine:

Nom: _____ Prénom: _____ État (M./Mme) _____

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 (jj/mm/AAAA) | SEXE (F ou M) |
|-----|--------|-----------------------------------|------------------|
|-----|--------|-----------------------------------|------------------|

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

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

SESSION DU 16 AU 28 JUILLET 2017

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 :

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 **PAR LE COURRIER** à l'attention de: **Serge Dupont, Unifor - Service de l'Éducation, 565, boul. Crémazie Est, Bureau 10 100, Montréal (QC) H2M 2W1, avant le 21 avril 2017.** 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 2017 (date à déterminer).