



DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 22 janvier 2027

**PROGRAMME DE CONGÉS-EDUCATION PAYÉS
FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DES SALAIRES ET TEMPS PERDU**

PRIÈRE D'ÉCRIRE LISIBLEMENT

Vous pouvez remplir ce formulaire sur Adobe Acrobat reader 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 X Date de naissance (mois en lettres) : _____

Cellulaire : _____ Courriel : _____

Adresse complète : _____

(Numéro municipal, rue, numéro d'appartement, ville, province, code postal)

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.

FORMULAIRE D'INFORMATION – CEP QUATRE SEMAINES

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

OUI NON

****CES RENSEIGNEMENTS DOIVENT ÊTRE IDENTIQUES À CEUX SUR VOS DOCUMENTS DE VOYAGE****

NOM ET PRÉNOM DU/DE LA CONJOINT-E : _____

SEXE : HOMME FEMME DATE DE NAISSANCE (MOIS EN LETTRES) : _____

COURRIEL : _____ CELLULAIRE : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____ CELLULAIRE : _____

COURRIEL : _____ LIEN DE PARENTÉ : _____

CONGÉS-ÉDUCATION PAYÉS SUIVIS DANS LE PASSÉ :

BRUIT : PRÉVENTION ET RÉPARATION
COMMUNICATION
DROITS DE LA PERSONNE
FEMMES UNIFORMES EN ACTION

JEUNES MILITANTES ET JEUNES MILITANTS
NÉGOCIATION COLLECTIVE
MILITANTES ET MILITANTS AUTOCHTONES
ET DE COULEUR

AUTRES COURS SYNDICAUX, LESQUELS ? _____

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

ÊTES-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ DIRIGEANT-E OU REPRÉSENTANT-E SYNDICAL-E ? 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 PRATIQUÉZ ?

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**

**OU ENCORE À
educationquebec@unifor.org**

AVANT LE 13 FÉVRIER 2026

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) _____

Mangez-vous Halal? OUI NON

Allergies alimentaires (food allergies) : _____

Les aliments mentionnés ci-haut sont : Préférence alimentaire ou Allergie alimentaire

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

OUI NON NON APPLICABLE

Avez-vous un ÉpiPen? (Do you carry an EpiPen?)

OUI NON NON APPLICABLE

This completed form will not be kept on file after the dates specified below.
Ce formulaire 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 : _____
(Local union)

Numéro de chambre : _____
(Room number)

Veuillez faire parvenir votre formulaire d'inscription à l'adresse courriel
educationquebec@unifor.org