PROGRAMME 50-50
(entourer si nécessaire)

UNIFOR
le syndicat | Québec

CEP Droits de la personne

Dates : du 2 au 7 mai 2027

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 26 mars 2027

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 ❑ X ❑ **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.

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

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