

**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 : \_\_\_\_\_  
(Local union)

Numéro de chambre : \_\_\_\_\_  
(Room number)

Veillez faire parvenir votre formulaire d'inscription à l'adresse courriel  
[educationquebec@unifor.org](mailto:educationquebec@unifor.org)