

Centre d'éducation de Port Elgin Formulaire des ÉTUDIANTS 115, av. Shipley Port Elgin, ON N0H 2C5	Financement 50/50? OUI	Fonds de formation en santé et sécurité? OUI	Cours : _____ Date : _____
	Téléphone : 1-800-265-3735 Télécopieur : 519-389-3845		
NAS : (pour le livre de paie et les dépenses) _____ Prénom : _____ Nom de famille : _____ Adresse : _____ _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____ Fumeur : Oui _____ Non _____ (Il est interdit de fumer au Centre familial d'éducation d'Unifor. Cette question ne vise qu'à aider à désigner un ou une camarade de chambre.) Besoins spéciaux : p. ex., chambre adaptée aux personnes atteintes d'une incapacité, diète, condition médicale, etc. Oui _____ Non _____ Si oui, veuillez préciser. _____ _____		Section locale _____ Unité n° _____ Employeur _____ Numéro de pointage de l'employé _____ Service _____ Téléphone (domicile) _____ Téléphone (cellulaire) _____ Sexe _____ Personne à contacter en cas d'urgence _____ Téléphone d'urgence _____ Demande relative à un ou une camarade de chambre _____	
ÊTES-VOUS AUTOCHTONE OU UNE PERSONNE DE COULEUR? OUI _____ NON _____ Dans le but de respecter l'engagement d'Unifor visant à mieux refléter la diversité de son effectif à tous les niveaux au sein du syndicat, nous vous demandons de répondre à cette question pour nous aider à suivre la participation.			
SI VOTRE SALAIRE EST MAINTENU, INSCRIVEZ UN « X » DANS LA SECTION DE LA PAIE (si vous êtes payé(e) par votre employeur pour la semaine du cours).			
TRAVAILLEZ-VOUS : À TEMPS PLEIN? _____ OU À TEMPS PARTIEL? _____			
$ \begin{array}{l} \$ \text{ _____ } + \$ \text{ _____ } = \$ \text{ _____ } \\ \text{Taux de salaire actuel} \quad \text{IVC} \quad \text{Taux horaire total} \quad \text{À ce jour} \\ \\ \$ \text{ _____ } + \$ \text{ _____ } = \$ \text{ _____ } \\ \text{Taux du quart de soir} \quad \text{Taux du quart de nuit} \quad \text{Autre} \quad \text{Nb. d'heures par période de paie} \end{array} $			
*Si des indemnités de vacances sont comprises dans votre salaire normal (conformément à votre convention collective), inscrivez le pourcentage ici : _____		Métiers spécialisés? OUI _____ NON _____	
Votre taux est censé de changer (quand?) _____		Quel sera le nouveau taux? _____	
Signature de l'auteur(e) de la demande : _____		Formulaire rempli le (date) : _____	

Vérification de la section locale

Signature :

Nom en lettres moulées : Titre du poste :

LES CANDIDAT(E)S NE SONT PAS AUTORISÉS À APPROUVER LEUR PROPRE FORMULAIRE DE PAIE/DÉPENSES. LES DEMANDES DOIVENT ÊTRE SIGNÉES PAR LA PRÉSIDENTE OU LE PRÉSIDENT OU LA SECRÉTAIRE-FINANCIÈRE OU LE SECRÉTAIRE-FINANCIER DE LA SECTION LOCALE, ET NON PAR L'AUTEUR DE LA DEMANDE.