

# RESERVATION FORM

**Unifor Family Education Centre**

115 Shipley Avenue, Port Elgin, Ontario N0H 2C5

Toll Free: 1.800.265.3735 ext. 3221 • Fax: 519.389.3222 • Email: [confcentre@unifor.org](mailto:confcentre@unifor.org)

Event/Conference Name: \_\_\_\_\_

Arrival Date: \_\_\_\_\_ Departure Date: \_\_\_\_\_

**Guest Mailing Address Information**

Local Union: \_\_\_\_\_

Guest Name: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

Province/State: \_\_\_\_\_ Postal Code/Zip: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Labour Organization/Corporate Mailing Address Information**

Organization Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

Province/State: \_\_\_\_\_ Postal Code/Zip: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Family Information - complete names only if they are attending:**

Spouse/Partner attending: Yes  No  Name: \_\_\_\_\_

Children Attending: Yes  No  Child Care Required: Yes  No

*(Check with your event/conference organizer if childcare is offered and, if so, request a childcare form for completion)*

Name: \_\_\_\_\_ DD/MM/YY: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ DD/MM/YY: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ DD/MM/YY: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ DD/MM/YY: \_\_\_\_\_

**Emergency Contact:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

**Special Requirements** (i.e. diet, accessible room, no stairs, medical, off-site accommodations, etc.)

No:  Yes:  Explain: \_\_\_\_\_ Off-site meal package

Do you smoke? No:  Yes:  (If so, we will provide ground floor access to patio if available)

**Rooming Request (Partner):** \_\_\_\_\_

**METHOD OF PAYMENT**

Full payment for room and board will be made by (please check one):

Labour Organization (Union/Union Associate)  Corporate (Non-union)  Guest

I authorize payment of the following accommodations for this delegate:

shared room with another delegate  delegate only single room  delegate & family

**Contact person to authorize payment:** \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

**Method of payment (please check one):**  M/C  Visa  American Express

Credit card number: \_\_\_\_\_ Expiry Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (mm/yy)

Cheque: *Payable to Unifor Family Education Centre - send with this form - no personal cheques*

Registration Fee: # \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Room and Board Fee: # \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**If costs incurred are not covered by your local, please complete the following information:**

Personal Visa/MC/AMEX: \_\_\_\_\_ Expiry Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (mm/yy)

**I agree to be personally liable in the event that the indicated person, corporation or labour organization fails to pay for any part or the full amount of the invoice.** The Centre assumes no responsibility for loss of money, jewels, or other valuables and is not responsible for articles left in rooms or automobiles.

Guest Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# FORMULAIRE DE RÉSERVATION

Centre familial d'éducation d'Unifor

115, avenue Shipley, Port Elgin, Ontario N0H 2C5

Sans frais: 1.800.265.3735 poste 3221 • Téléc.: 519.389.3222 • Courriel: confcentre@unifor.org

Nom de l'événement ou de la conférence: \_\_\_\_\_

Date d'arrivée: \_\_\_\_\_ Date de départ: \_\_\_\_\_

## Coordonnées postales des invités

Section locale: \_\_\_\_\_

Nom de l'invité: \_\_\_\_\_ Genre: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Province/état: \_\_\_\_\_ Code postal/Zip: \_\_\_\_\_ Pays: \_\_\_\_\_

Téléphone à la maison: \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

## Coordonnées postales de l'organisation syndicale ou de l'entreprise

Nom de l'organisation: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Province/état: \_\_\_\_\_ Code postal/Zip: \_\_\_\_\_ Pays: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Téléc.: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

## Renseignements sur les membres de la famille—nom au complet seulement s'ils sont présents

Conjoint(e)/partenaire présent: Oui  Non  Nom: \_\_\_\_\_

Enfants présents: Oui  Non  Services de garde nécessaires: Oui  Non

*(Vérifiez auprès de votre organisateur de conférence ou de l'événement si des services de garde sont offerts, et si tel est le cas, demandez un formulaire à remplir pour les services de garde)*

Nom: \_\_\_\_\_ JJ/MM/AA: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ JJ/MM/AA: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ JJ/MM/AA: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ JJ/MM/AA: \_\_\_\_\_

**Personne à contacter en cas d'urgence:** \_\_\_\_\_ **Téléphone:** \_\_\_\_\_

**Besoins spéciaux** (diète, chambre adaptée, pas d'escalier, besoins médicaux, hébergement alternatif etc.)

Non:  Oui:  Expliquez: \_\_\_\_\_ Forfait de repas à l'extérieur du site

Fumez-vous? Non:  Oui:  *(Si vous fumez, nous allons vous procurer une chambre au rez-de-chaussée avec un accès au patio, si disponible.)*

**Demande de chambre (camarade):** \_\_\_\_\_

## MODE DE PAIEMENT

Le paiement complet pour l'hébergement et les repas sera fait par (Cochez d'une croix la bonne réponse)

Organisation syndicale (syndicat/association syndicale)  Entreprise (hors syndicat)  Invité

J'autorise le paiement des arrangements suivants pour cette personne déléguée

Chambre double avec un(e) autre délégué(e)  Chambre simple pour un(e) délégué(e)  Délégué(e) et sa famille

**Personne-ressource pour autoriser le paiement:** \_\_\_\_\_

Titre: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

**Mode de paiement (cochez d'une croix la bonne réponse)**  M/C  Visa  American Express

Numéro de carte de credit: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mois/jour)

Chèque: *(payable au Centre familial d'éducation d'Unifor—à envoyer avec ce formulaire—pas de chèque personnel)*

Frais d'inscription # \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Frais d'hébergement et de repas: # \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**Si les frais encourus ne sont pas couverts par votre section locale, veuillez fournir les renseignements suivants:**

Visa/MC/AMEX personnelle: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mois/jour)

**J'accepte d'être personnellement responsable dans l'éventualité où la personne, l'entreprise ou l'organisation syndicale indiquée omet de payer une partie ou la totalité du montant de la facture.** Le Centre n'assume aucune responsabilité pour la perte d'argent, de bijoux ou de tout autre bien personnel, et n'est pas responsables pour les articles laissés dans les chambres ou les véhicules automobiles.

Signature de l'invité(e): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_