

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

Courriel : confcentre@unifor.org



Nom de l'événement ou de la conférence :

Date d'arrivée : _____ Date de départ : _____

VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE DANS SON INTÉGRALITÉ.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DÉLÉGUÉ INVITÉ

Nom du membre délégué invité : _____ Section locale : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province/État : _____ Code postal : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____ Genre : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ Téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA SECTION LOCALE OU L'ENTREPRISE

Numéro de la section locale ou nom de l'entreprise : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province/État : _____ Code postal : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE – Remplir cette partie

SEULEMENT s'ils sont présents

Nom de la conjointe/partenaire ou du conjoint/partenaire présent :

Nom de l'enfant présent : _____ Date de naissance : _____

Nom de l'enfant présent : _____ Date de naissance : _____

Nom de l'enfant présent : _____ Date de naissance : _____

Nom de l'enfant présent : _____ Date de naissance : _____

Services de garde nécessaires : Oui ____ Non ____

(Demandez à la personne qui organise l'événement ou la conférence si des services de garde d'enfants sont offerts et dans l'affirmative, demandez un formulaire de réservation d'une place au service de garde.)

Besoins spéciaux (p. ex. allergies alimentaires, restrictions alimentaires spéciales en raison d'un problème médical, chambre accessible, pas d'escalier, besoins médicaux, etc.) Expliquez : _____

Fumez-vous? Non : ____ Non : ____

Demande de chambre (colocataire) : _____

MODE DE PAIEMENT

J'autorise le paiement des dispositions suivantes pour ce membre délégué.

_____ Chambre partagée avec un autre membre délégué (chambre double)

_____ Chambre pour un seul membre délégué (chambre simple)

_____ Chambre pour le membre délégué et sa famille

Personne-ressource pour autoriser le paiement : _____

Titre : _____ Signature : _____

Mode de paiement (carte de crédit ou chèque) :

Numéro de carte de crédit : _____

Date d'expiration : ____/____ (mm/aa) Code de vérification : _____

Numéro du chèque : _____

Paiement par chèque : Payable au Centre familial d'éducation d'Unifor, joindre le chèque au formulaire, pas de chèque personnel

Frais d'inscription : # _____ \$ _____

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

**SI LES FRAIS ENGAGÉS NE SONT PAS PRIS
EN CHARGE PAR VOTRE SECTION LOCALE,
LE PAIEMENT SERA PRÉLEVÉ À VOTRE ARRIVÉE.**

Le Centre familial d'éducation se dégage de toute responsabilité en cas de perte d'argent, de bijoux ou de tout autre bien personnel, et n'est pas responsable des articles laissés dans les chambres ou les véhicules.

Signature du membre délégué invité : _____ Date : _____

ARRIVÉE : 15 h

DÉPART : 10 h

AUCUN ANIMAL DOMESTIQUE N'EST PERMIS