

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 repas seulement (pour ceux

Fumez-vous? Non: Oui: (Si vous fumez, nous allons vous procurer une chambre au rez-de-chaussée avec un accès au patio, si disponible.) qui logent à l'extérieur du site)

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/année)

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/année)

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: _____