

# Conférence régionale des femmes de l'AFPC-Atlantique

« Néanmoins, elle a persisté. »



du 4 au 6 octobre 2019  
Base de soutien de la 5e Division du Canada Gagetown,  
Oromocto, Nouveau-Brunswick

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**  
**Conférence régionale des femmes**  
**de l'AFPC-Atlantique**

**Date limite pour la réception des demandes :**  
**le vendredi 6 septembre 2019**

Nom \_\_\_\_\_  
(nom de famille)                      EN LETTRES MOULÉES                      (prénom)

Adresse \_\_\_\_\_  
(rue)

\_\_\_\_\_ (ville, province)

Code postal \_\_\_\_\_                      Numéro de membre de l'AFPC \_\_\_\_\_

Téléphone (t) \_\_\_\_\_                      (d) \_\_\_\_\_

Télec. \_\_\_\_\_                      Courriel personnel \_\_\_\_\_

Section locale \_\_\_\_\_                      Élément \_\_\_\_\_

Comité régional des femmes (CRF) \_\_\_\_\_

J'autorise l'utilisation des renseignements ci-dessus pour constituer la liste des participantes qui sera distribuée à la conférence.

OUI \_\_\_\_\_                      NON \_\_\_\_\_

## ACTIVITÉS SYNDICALES

Depuis combien de temps êtes-vous membre de l'AFPC? \_\_\_\_\_

Charge(s) syndicale(s) que vous occupez actuellement \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps occupez-vous ces charges? \_\_\_\_\_

Vos activités syndicales ou communautaires

---

---

---

---

---

---

Cours et conférences syndicales auxquels vous avez assisté

---

---

---

---

---

## TAILLE DE T-SHIRT

Chaque participante recevra un t-shirt de la conférence. Veuillez indiquer la taille désirée sur le formulaire. Comme les t-shirts sont faits petits, je vous recommande de prendre une taille plus grande que celle que vous prenez habituellement.

S       M       L       XL       XXL       AUTRE \_\_\_\_\_

## MESURES D'ADAPTATION LIÉES À UN HANDICAP

L'AFPC vise à éliminer tout obstacle à la participation des membres ayant un handicap aux activités syndicales.

J'ai besoin de mesures d'adaptation en raison d'un handicap.

Quelles sont les limitations fonctionnelles découlant de votre handicap?  
(Vous n'êtes pas tenu de révéler votre diagnostic, seulement vos limitations fonctionnelles.)

---

---

---

---

---

Veillez préciser les mesures dont vous avez besoin.

---

---

---

**On pourrait vous demander de fournir des documents médicaux pertinents pour nous aider à répondre à votre demande. Ces renseignements ne seront pas divulgués à moins que cela soit nécessaire pour répondre à vos besoins.**

## BESOINS ALIMENTAIRES PARTICULIERS OU ALLERGIES

J'ai un régime alimentaire spécial ou des allergies.

Veillez préciser :

---

---

## SIGNATURES

**Toute demande de participation doit être signée par la candidate, et cette dernière doit être recommandée par le président ou la présidente de sa section locale ou du comité qu'elle veut représenter.**

**CANDIDATE** : Par la présente, je m'engage à assister et à participer à toutes les séances de la Conférence régionale des femmes si je suis choisie pour y participer.

SIGNATURE \_\_\_\_\_  
(nom de la candidate) (date)

**RECOMMANDATION** : Je recommande que la personne susmentionnée participe à la Conférence régionale des femmes de l'AFPC–Atlantique, qui aura lieu les 4 au 6 octobre 2019.

SIGNATURE \_\_\_\_\_  
(présidence de la section locale ou du comité régional) (date)

POSTE ÉLU \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer si vous assurez la présidence d'une section locale, d'un comité régional des femmes, d'un comité des droits de la personne, d'un comité des jeunes ou d'un conseil régional.**

Si vous avez des questions au sujet de la Conférence régionale des femmes, veuillez communiquer avec Mary MacNeil au bureau régional de Halifax à [macneim@psac-afpc.com](mailto:macneim@psac-afpc.com) ou au 902-443-3541 (sans frais : 1-800-839-6661)

**Faites parvenir le présent formulaire d'inscription dûment rempli au bureau régional de l'AFPC à Halifax avant le 6 septembre 2019.**

Alliance de la Fonction publique du Canada  
287, chemin Lacewood, bureau 301  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3M 3Y7  
Télécopieur : 902-443-8291  
[macneim@psac-afpc.com](mailto:macneim@psac-afpc.com)

## **AUTO-IDENTIFICATION (facultatif)**

L'AFPC souhaite que ses programmes de formation soient accessibles à tous ses membres. Grâce aux renseignements que vous nous fournirez, nous pourrons assurer une représentation équitable des groupes d'équité visés par la politique de l'AFPC sur les droits de la personne.

### **Groupes d'équité**

- Membres autochtones
- Membres LGBTQ+2
- Membres ayant un handicap
- Personnes racialisées
- Femmes

### **Autre**

- membres francophones
- Jeunes (35 ans et moins)

## ÉNONCÉ DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements recueillis seront gardés confidentiels et seront transmis, après la conférence, aux membres du Conseil de région responsables des divers groupes seulement si vous acceptez qu'ils soient divulgués.

J'accepte.

Je refuse.

Province

T.-N.-L.

N.-B.

N.-É.

Î.-P.-É.

Membre ne relevant pas du Conseil du Trésor

Oui

Non

Membre d'une Section locale à charte directe

Oui

Non