



Atlantique

Formulaire d'inscription

Femmes et syndicats : une alliance gagnante

Membres de Nouvelle-Écosse et l'Î.-P.-É – le 3 au 5 mai 2019

Membres du Nouveau-Brunswick – 24 au 26 mai 2019

Membres de Terre-Neuve et Labrador – le 14 au 16 juin 2019

NOM _____
(Nom de famille) (Prénom)

ADRESSE _____

(Code postal)

TÉLÉPHONE (____) _____ (____) _____
(domicile) (travail)

(____) _____ **COURRIEL** _____
(portable)

N° DE MEMBRE DE L'AFPC _____

SECTION LOCALE / ÉLÉMENT _____

ACTIVITÉS SYNDICALES

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

Êtes-vous une déléguée syndicale ou un délégué syndical? Oui Non

Autre(s) charge(s) syndicale(s) occupée(s) actuellement :

Autre expérience en milieu syndical ou communautaire :

REMARQUES DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT

Décrivez en quoi la formation vous intéresse et comment vous prévoyez la mettre à profit.

Date limite : vendredi 15 mars 2019
Veillez envoyer vos formulaires par courriel à
Halifax-Registration@psac-afpc.com ou par télécopieur au (902) 443-8291.

MESURES D'ADAPTATION LIÉES À UN HANDICAP

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

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

Quelles sont les limitations fonctionnelles qui découlent de votre handicap?
(Il n'est pas nécessaire de révéler votre diagnostic, seulement vos limitations.)

Veuillez préciser les mesures d'adaptation souhaitées :

On pourrait vous demander de fournir des documents médicaux pertinents ou d'autres renseignements pour nous aider à répondre à votre demande.

BESOINS ALIMENTAIRES PARTICULIERS OU ALLERGIES

J'ai un régime alimentaire spécial ou des allergies.

Veillez préciser :

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 jeunes et des membres qui font partie des groupes d'équité visés par la politique de l'AFPC sur les droits de la personne. L'information recueillie est confidentielle. Veuillez préciser le groupe auquel vous appartenez.

Peuples autochtones

Groupes racialisés

Personnes ayant un handicap

LGBTQ2+

Femmes

Jeunes travailleurs (35 ans et moins)

LISTES DES MEMBRES DES GROUPES D'ÉQUITÉ DE L'AFPC

Nous autorisez-vous à ajouter votre nom aux listes des membres des groupes d'équité? Sachez que cette information pourrait être communiquée à d'autres sections de l'AFPC qui œuvrent à la défense des droits de la personne.

Oui Non

Le présent formulaire existe en divers formats, notamment en braille. Pour obtenir d'autres renseignements, communiquez avec votre bureau régional de l'AFPC.