

Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

N° d'employé (si possible) \_\_\_\_\_ N° d'adhérent (si possible) \_\_\_\_\_ Date de naissance : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Femme  Homme  Préfère s'auto-décrire : \_\_\_\_\_

Adresse privée : (Unité/App.) \_\_\_\_\_ Adresse courriel (personnelle) : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ N° de magasin (pour les employés de la LCBO seulement) : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Adresse au travail : \_\_\_\_\_

Tél. à domicile : \_\_\_\_\_ Ministère (FPO seulement) : \_\_\_\_\_

Tél. au travail : \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_ Classification d'emploi/Titre d'emploi : \_\_\_\_\_

Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_ Date d'embauche : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

SP	CAAT-A	CAAT-S	FPO
<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps plein
<input type="checkbox"/> Rég. à temps partiel	<input type="checkbox"/> Charge partielle	<input type="checkbox"/> Annexe D	<input type="checkbox"/> Rég. à temps partiel
<input type="checkbox"/> Remplacement/ occasionnel		<input type="checkbox"/> Annexe G	<input type="checkbox"/> Étudiant
			<input type="checkbox"/> Durée déterminée
			<input type="checkbox"/> Flexible à temps partiel

*Tandis que le SEFPO ne vend ni ne donne vos renseignements personnels à des tiers, le syndicat fournit régulièrement de l'information aux membres sur des programmes d'affinité approuvés par le syndicat (p. ex., téléphones cellulaires, assurance habitation/automobile, etc.). Conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels, si vous ne souhaitez pas recevoir ce type d'information, veuillez cocher la case ci-dessous :*

Je ne souhaite pas recevoir d'information au sujet des programmes d'affinité.

Par la présente, je demande et accepte d'adhérer au Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario. J'autorise le SEFPO à agir comme mon agent de négociation exclusif pour toutes les questions qui ont trait à ma relation de travail avec mon employeur. Je promets solennellement et déclare que j'appuierai les Statuts et règlements intérieurs de ce syndicat, aiderai les autres membres à améliorer leur situation économique, politique et sociale, respecterai les principes de démocratie et d'équité et ne ferai intentionnellement aucun tort ou mal aux autres membres de ce syndicat.

Signature du demandeur \_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Section locale n° \_\_\_\_\_

Nom du recruteur \_\_\_\_\_ Signature du recruteur \_\_\_\_\_ Tél. au travail \_\_\_\_\_


Au nom du SEFPO, j'accepte la présente demande.

Réservé à l'usage interne :

DATE \_\_\_\_\_ COMMIS \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Nouv. membre payant	<input type="checkbox"/> Non classifié
<input type="checkbox"/> Double	<input type="checkbox"/> Rétabli
<input type="checkbox"/> Organisation en cours	<input type="checkbox"/> Ajout
<input type="checkbox"/> Chgmt de SL seul.	<input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> emploi
<input type="checkbox"/> Chgmt d'adresse seul.	
<input type="checkbox"/> Chgmt de nom (ancien nom) : _____	

Détacher cette partie et la remettre au demandeur



**Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario**

**Carte temporaire**

La présente atteste que

\_\_\_\_\_

(Entrer le nom) est membre du syndicat susmentionné

\_\_\_\_\_

Signature du membre
Date : (jj/mm/aaaa)

Remplir le formulaire, l'imprimer et le signer à l'endroit prévu à cet effet. Le renvoyer ensuite à votre bureau régional du SEFPO.