

# AFFILIATION APPLICATION FORM



Local No: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Name of Employer: \_\_\_\_\_

Sector and Sub-sector

<b>Education</b> <input type="checkbox"/>	<b>Health Care</b> <input type="checkbox"/>	<b>Municipal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Social Services</b> <input type="checkbox"/>	<b>University</b> <input type="checkbox"/>	<b>Airlines</b> <input type="checkbox"/>
<i>Custodial/Maintenance</i> <input type="checkbox"/>	<i>Ambulance</i> <input type="checkbox"/>	<i>Ambulance</i> <input type="checkbox"/>	<i>A.C.L.</i> <input type="checkbox"/>	<i>Academic</i> <input type="checkbox"/>	<i>Flight Attendants</i> <input type="checkbox"/>
<i>Education Assistants</i> <input type="checkbox"/>	<i>CCAC Homecare</i> <input type="checkbox"/>	<i>Electrical Utility</i> <input type="checkbox"/>	<i>C.A.S.</i> <input type="checkbox"/>	<i>Food Service/Contract</i> <input type="checkbox"/>	<i>Other</i> <input type="checkbox"/>
<i>E.S.L. &amp; Heritage Instructors</i> <input type="checkbox"/>	<i>Hospital</i> <input type="checkbox"/>	<i>Inside</i> <input type="checkbox"/>	<i>Child Care</i> <input type="checkbox"/>	<i>Library</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Office/Clerical/Technical</i> <input type="checkbox"/>	<i>Long Term Care</i> <input type="checkbox"/>	<i>Library</i> <input type="checkbox"/>	<i>Community Agency</i> <input type="checkbox"/>	<i>Student Services Union Council</i> <input type="checkbox"/>	
	<i>Public Health</i> <input type="checkbox"/>	<i>Long Term Care</i> <input type="checkbox"/>	<i>Municipal Social Services</i> <input type="checkbox"/>	<i>Tech/Trades Custodial</i> <input type="checkbox"/>	
		<i>Outside</i> <input type="checkbox"/>	<i>W.S.I.B.</i> <input type="checkbox"/>	<i>Office/Clerical/Technical</i> <input type="checkbox"/>	
		<i>Public Health</i> <input type="checkbox"/>			
		<i>Public Transit</i> <input type="checkbox"/>			

No. of Members: Full-Time  Part-Time  Quarter-Time

How do you want to receive information? Electronically  Canada Post

(Please designate mailing address below)

<b>PRESIDENT:</b>	_____		
<b>HOME ADDRESS:</b>	_____		
			postal code
Home Phone:	Work Phone:		
Fax:	Cell Phone:		
Email:	_____		

<b>SECRETARY:</b>	_____		
<b>HOME ADDRESS:</b>	_____		
			postal code
Home Phone:	Work Phone:		
Fax:	Cell Phone:		
Email:	_____		

<b>TREASURER:</b>	_____		
<b>HOME ADDRESS:</b>	_____		
			postal code
Home Phone :	Work Phone:		
Fax:	Cell Phone:		
Email:	_____		

**MARK IF YOU WANT MAIL TO GO TO YOUR UNION ADDRESS**

<b>LOCAL UNION ADDRESS:</b>	_____		
			postal code
Local Union Phone:	Local Fax:		
Local Email:	_____		

Section locale # : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

**Secteur et sous-secteur**

Éducation <input type="checkbox"/>	Soins de santé <input type="checkbox"/>	Municipal <input type="checkbox"/>	Services sociaux <input type="checkbox"/>	Université <input type="checkbox"/>	Transport aérien <input type="checkbox"/>
Aides à l'enseignement <input type="checkbox"/>	Ambulances <input type="checkbox"/>	Ambulances <input type="checkbox"/>	AIC <input type="checkbox"/>	Bibliothèques <input type="checkbox"/>	Agentes et agents de bord <input type="checkbox"/>
Concierges/ Personnel de maintenance <input type="checkbox"/>	CASC Soins à domicile <input type="checkbox"/>	Bibliothèques <input type="checkbox"/>	SAE <input type="checkbox"/>	Conseil des syndicats des services aux étudiantes et étudiants <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
Instructrices et instructeurs d'ALS et de langue d'origine <input type="checkbox"/>	Hôpitaux <input type="checkbox"/>	Cols blancs <input type="checkbox"/>	Services de garde <input type="checkbox"/>	Personnel technique, gens de métier, concierges <input type="checkbox"/>	
Personnel de bureau et technique <input type="checkbox"/>	Santé publique <input type="checkbox"/>	Cols bleus <input type="checkbox"/>	CSPAAT <input type="checkbox"/>	Services alimentaires/ Contrats <input type="checkbox"/>	
	Soins de longue durée <input type="checkbox"/>	Santé publique <input type="checkbox"/>	Municipalités Services sociaux <input type="checkbox"/>	Universitaires <input type="checkbox"/>	
		Services publics d'électricité <input type="checkbox"/>	Organismes communautaires <input type="checkbox"/>	Personnel de bureau et technique <input type="checkbox"/>	
		Soins de longue durée <input type="checkbox"/>			
		Transport en commun <input type="checkbox"/>			

Nombre de membres : Temps plein  Temps partiel  Quart-temps

Comment souhaitez-vous recevoir l'information? Courriel  Société canadienne des postes

(Veuillez indiquer votre adresse postale ci-dessous)

<b>PRÉSIDENCE :</b>			
<b>ADRESSE DU DOMICILE :</b>			
			Code postal
Téléphone résidentiel :		Téléphone au travail :	
Courriel:		Téléphone cellulaire :	
Télec. au travail			

<b>SECRÉTAIRE :</b>			
<b>ADRESSE DU DOMICILE :</b>			
			Code postal
Téléphone résidentiel :		Téléphone au travail :	
Courriel :		Téléphone cellulaire :	
Télec. au travail			

<b>TRÉSORIER(ÈRE) :</b>			
<b>ADRESSE DU DOMICILE :</b>			
			Code postal
Téléphone résidentiel :		Téléphone au travail :	
Courriel:		Téléphone cellulaire :	
Télec. au travail			

<b>SECTION LOCALE ADRESSE :</b>			
			Code postal
Téléphone de la section locale :		Télec.de la section locale :	
Courriel de la section locale :			

Veuillez cocher si vous préférez recevoir toute la correspondance à l'adresse de la section locale