

Le 24 mars 2011

Président(e)s et secrétaires archivistes des sections locales du secteur des transports des TCA

Conférence du secteur des transports des TCA

Bonjour,

Cette lettre de convocation vise à annoncer la Conférence du secteur des transports des TCA, prévue du 23 au 25 septembre 2011 au Centre familial d'éducation des TCA, à Port Elgin. La conférence va commencer à 14 h, le vendredi 23 septembre, et termine à midi le dimanche 25 septembre 2011.

Cette conférence comprend des ateliers et des séances plénières portant sur différents enjeux liés aux transports, notamment l'action politique. Une des composantes clés de la conférence portera sur l'examen et l'approbation par les délégué(e)s d'une politique nationale des TCA sur les transports. Cette politique sera alors présentée au Bureau exécutif national et au Conseil des TCA pour approbation finale. La politique actuelle est en place depuis 1992 et a indéniablement besoin d'être mise à jour compte tenu de notre croissance importante dans ce secteur.

La conférence s'adresse aux membres du secteur des transports, à la fois à la production et à l'exploitation de véhicules de transport.

J'incite les sections locales à envoyer des délégations complètes à la conférence, notamment en tenant compte de la diversité du syndicat.

Puisque nous prévoyons une forte participation, les inscriptions à la conférence doivent être faites avant le lundi 22 août. Vous trouverez en pièce jointe le formulaire d'inscription au Centre familial d'éducation et le formulaire pour les services de garde.

En toute solidarité,



Ken Lewenza
Président national

KL/RC/kw:sepb.343

c.c. Direction, BEN, service des communications et représentant(e)s nationaux (secteur des transports), Directeur(rice)s régionaux, directeur(rice)s des services et service de la recherche

RESERVATION FORM – DEMANDE DE RÉSERVATION

CAW FAMILY EDUCATION CENTRE/ CENTRE FAMILIAL D'ÉDUCATION DES TCA
 R.R. # 1, Port Elgin, Ontario N0H 2C5 1-800-265-3735 FAX : (519) 389-3222
confcentre@caw.ca www.caw.ca/portelgin

Conference / Conférence: _____

Arrival Date : _____ Departure Date: _____
 Date d'arrivée : _____ Date de départ : _____

Name: _____ (M) _____ Local Union: _____
 Nom: _____ (F) _____ Section locale: _____

Address: _____ City: _____
 Adresse: _____ Ville: _____

Province _____ Postal Code: _____ Telephone: _____ Cell : _____
 Province: _____ Code postal: _____ Téléphone : () _____ Cellulaire : _____

Email : _____ Emergency Contact Tel. # : _____
 Courrier électronique : _____ # Tél. en cas d'urgence : _____

If single accommodation is required, approved by: _____ Title/titre _____
 Si pour personne seule, approuvé par : _____

Will you be accompanied by your spouse/partner and/or children; and if so, will it be paid by the Local? Yes _____ No _____
 Serez-vous accompagné de votre conjoint(e)/partenaire et/ou vos enfants; et sera-t-il payé par la Section locale? Oui _____ Non _____

Spouse/Partner / Conjoint(e)/Partenaire Yes/Oui _____ No/Non _____
 Name/Nom _____

Children/Enfant(s) Yes/Oui _____ No/Non _____
 Name/Nom _____ D.O.B./D.D.N. _____ Name/Nom _____ D.O.B./D.N.N. _____

Name/Nom _____ D.O.B./D.N.N. _____ Name/Nom _____ D.O.B./D.N.N. _____

Is childcare required? Aurez-vous besoin des services de garderie? Yes/Oui _____ No/Non _____
 If yes, please complete childcare form in its entirety and send with reservation form. Si oui, veuillez remplir au complet le formulaire d'inscription de garderie et retourner avec la demande de réservation.

Do you smoke? Yes _____ No _____ Êtes-vous fumeur? Oui _____ Non _____

SPECIAL REQUIREMENTS : i.e., diet, handicapped room, medical, etc. Yes _____ No _____
EXIGENCES PARTICULIÈRES: i.e., diététiques, chambre pour handicapé, médicale, etc. Oui _____ Non _____

If so, what? _____
 Si oui, quels sont ces besoins? _____

METHOD OF PAYMENT

Local - method of payment: Cheque: _____ M/C _____ Expires /Date d'expiration: _____

Section locale - modalités de paiement: Chèque: _____ Visa _____ (M) _____ (Y) _____

Please circle which one applies to the Credit Card : Personal _____ Company _____ Local _____
Encerclez l'option qui s'applique à la carte de crédit : Personnelle _____ Compagnie _____ Section Locale _____

Cardholder Signature : _____ **Date :** _____
 I agree to be personally liable in the event that the indicated person, company, or association fails to pay for any part or the full amount of the invoice. J'accepte d'être personnellement responsable au cas où l'organisation, la personne, l'entreprise ou l'association mentionnée ci-dessus négligerait de payer une partie ou la totalité du montant facturé.

The Centre assumes no responsibility for loss of money, jewels or other valuables. We are not responsible for articles left in rooms or automobiles. Le Centre n'accepte aucune responsabilité pour des pertes, d'argent, de bijoux ou d'autres objets de valeur. Nous ne sommes pas responsables des articles laissés dans les chambres ou dans les automobiles.

Guest signature : _____ **Date :** _____
Signature du visiteur : X _____

CHECK-IN/ENREGISTREMENT: 3h 00 – CHECK-OUT/ DÉPART: 11h 00
NO PETS ALLOWED. ANIMAUX INTERDITS.

Vous devez remplir au complet et envoyer les formulaires suivants :

Formulaire de réservation et paiement (pour l'hébergement sur place). Télécopiez à Réservations au 519 389-3222 ou par courrier électronique à confcentre@caw.ca ou par la poste au Centre familial d'éducation des TCA, 115 av. Shipley, Port Elgin, ON, N0H 2C5

Formulaires pour les services de garde (un formulaire par enfant si des services de garde sont nécessaires). Télécopiez à Laurie Wright – Services de garde des TCA, Port Elgin 519 389-3233

Veillez déployer tous les efforts nécessaires pour envoyer des délégué(e)s (des dirigeants et des représentants des avantages sociaux) à cette conférence importante.

RENSEIGNEMENTS SUR L'INSCRIPTION

Si vous payez par chèque, veuillez envoyer deux chèques distincts au Centre familial d'éducation, soit un chèque pour les frais d'inscription à la conférence et l'autre pour les frais d'hébergement, comme suit :

Frais d'inscription à la conférence = 60,00 \$ Un chèque distinct ou un numéro de carte de crédit pour les frais d'inscription de 60,00 \$ est requis afin de couvrir les coûts des documents de la trousse de la conférence.

Les frais d'hébergement au Centre familial d'éducation des TCA, comme suit :

Si payés par la section locale :

Occupation double avec un(e) autre délégué(e)	370,00 \$ par personne
Occupation simple avec conjoint(e)	930,00 \$ par couple
Occupation simple délégué(e)	520,00 \$ par
Plus de 16 ans	100,00 \$ par
personne	
Enfants (12 à 16 ans)	50,00 \$ par enfant

Enfants (moins de 12 ans)

– Sans frais –

Veillez noter que si un tarif familial est payé par l'individu plutôt que par la section locale ou l'organisation, la section locale va payer le tarif simple et les tarifs suivants applicables seront payés par la ou le délégué.

<i>Conjoint(e) ou enfant de plus de 16 ans</i>	<i>113,00 \$</i>
<i>Enfant 12 à 16 ans</i>	<i>56,50 \$</i>

Tous les tarifs susmentionnés sont basés sur un hébergement de 2 nuits (à partir du dîner le 23 septembre jusqu'au lunch inclus du 25 septembre 2011).

Toutes les chambres et tous les frais d'occupation doivent être payés à l'avance par chèque, Visa ou Master Card. Les chèques doivent être faits au nom du « **Centre familial d'éducation des TCA » et envoyés avec les formulaires de réservation en pièce jointe directement au Centre familial d'éducation des TCA, R. R. n° 1, Port Elgin, ON N0H 2C5, à l'attention de : Réservations.**

Si vous souhaitez payer par carte de crédit, veuillez inclure la date d'expiration sur le formulaire. OU téléphonez au Centre au numéro sans frais 1-800-265-3735 ou au 519-389-3200 et transmettez votre numéro de carte de crédit et date d'expiration.

CAW COMMUNITY CHILD CARE AND DEVELOPMENTAL SERVICES INC.

C.A.W. Road 25, R.R. # 1, Port Elgin, Ontario NOH 2C5 Telephone: (519) 389-3233 Facsimile: (519) 389-3544

PEL PROGRAMS AND CONFERENCE CHILD CARE REGISTRATION FORM

PEL Program/Conference: _____ Dates: _____

CHILD INFORMATION

Child's Name: _____
Full Name

Address: _____
Street & Number City Province Postal Code

Male: _____ Female: _____ Birthday: _____
(day / month / year)

Principal Home Language: : _____

Name(s) of people to whom the child may be released: _____

PARENT INFORMATION

Name of Parent/Guardian: _____ Local # (i.e. L. 222): _____

Address (if different than above): _____
Street & Number City/Town Province Postal Code

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Cell Phone: _____ E-Mail Address: _____

MEDICAL INFORMATION

Child's Health Card Number and Initials: _____

Is your child currently under a Doctor's care? (If "yes", please describe): Yes: _____ No: _____

Is your child receiving any medication on an ongoing basis? If yes describe what medication is for and times that it is to be taken: Yes: _____ No: _____

Does your child have any dietary restrictions? If yes please list/explain: Yes: _____ No: _____

Does your child suffer from any medical conditions such as allergies, asthma and disease? If "yes", please list and explain in detail the medical condition:

Does your child have any special needs such as but not limited to ADD, ADHD, Autism, Aspergers Syndrome, Cerebral Palsy? If "yes ", please list and explain in detail the special need:

Does your child have any behavioural issues/concerns that we need to be aware of in order to maintain his/her safety and the safety of the other children? If "yes", please list and explain in detail the behavioural issues/concerns:

Is your child physically able to take part in all program activities? Yes: _____ No: _____

If no, please list restrictions: _____

CONSENTS

Do you grant permission for your son/daughter/ward to participate on short supervised walks or excursions within a 2 km. radius from CAW Child Care facility?

Yes: _____ No: _____

In the case of a medical emergency, every effort will be made to contact the child's parent(s) or guardian(s)..

A. In the event of a medical emergency do you hereby grant permission for the staff of CAW Child Care Services who are trained in emergency first aid and CPR to attend to your child?

Yes: _____ No: _____

B. In the event that you cannot be reached, do you hereby grant permission for a physician/hospital, as selected by the CAW Community Child Care & Developmental Services Inc., to hospitalize and/or secure proper treatment for your child?

Yes: _____ No: _____

The CAW Child Care & Developmental Services, Inc. are high profile programs. Do you hereby grant permission for your son/daughter/ward to be video taped or photographed by public media or CAW Public Relations?

Yes: _____ No: _____

Signature of Parent/Guardian

Date