



Formulaire d'adhésion syndicale

NOM DE FAMILLE A LA NAISSANCE		PRENOM	NUMERO MATRICULE	
ADRESSE DOMICILE NUMERO RUE		VILLE	CODE POSTAL	
TELEPHONE ()		COURRIEL		
FONCTION		DATE D'ENTREE EN FONCTION AN MOIS JOUR		
STATUT D'EMPLOI <input type="checkbox"/> REGULIER <input type="checkbox"/> TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> CHAPITRE 10	SERVICE OU RESEAU	BUREAU OU ECOLE		

Je soussigné(e), adhère comme membre à l'Association professionnelle du personnel du personnel administratif (CSN). Je m'engage à me conformer aux statuts et règlements et aux décisions de l'Association.

Les statuts et règlements de l'APPA prévoient un droit d'entrée de dix dollars (10,00\$) payable au moment de l'embauche. Il est perçu par l'employeur sur le versement de la première paie. Cependant, si le montant net de la paie est inférieur à deux cents dollars (200\$), le paiement du droit d'entrée est étalé à raison de deux dollars (2\$) par paie.

J'autorise l'APPA à me faire parvenir de l'information syndicale à mon adresse courriel



SIGNATURE DE LA PERSONNE SALARIEE	DATE
-----------------------------------	------

L'original doit être envoyé à l'APPA