



Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SCFP)

429, rue de La Gauchetière Est, Montréal, H2L 2M7
Téléphone : 514.842.9463 • Télécopieur : 514.842.3683
Courriel : sfmm@sfmm429.qc.ca • Web : www.sfmm429.qc.ca

**Demande
d'adhésion**

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE PRÉSENT FORMULAIRE,
CONSULTEZ VOTRE REPRÉSENTANTE SYNDICALE OU VOTRE REPRÉSENTANT SYNDICAL

Renseignements personnels					
Nom		Prénom		N° assurance sociale	
Adresse (domicile)					
N°	Rue	App.	Ville	Code postal	
Téléphone			Télécopieur		
Domicile		Travail		()	
Adresse courriel :					
Date de naissance		Sexe		État civil	
Année	Mois	Jour	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/>	

Employeur	
Ex-Ville de Montréal <input type="checkbox"/>	Ex-municipalité <input type="checkbox"/>
Nom de l'ex-municipalité	
Ex-CUM <input type="checkbox"/>	Paramunicipale <input type="checkbox"/>
Nom de la paramunicipale	

Statut du salarié ou de la salariée		
Permanent <input type="checkbox"/>	Auxiliaire <input type="checkbox"/>	Temporaire <input type="checkbox"/>

Si vous êtes un(e) salarié(e) permanent(e) ou temporaire remplir cette section			
Matricule		Date d'embauche	
		Année	Mois Jour
Service, arrondissement ou société paramunicipale			
Avez-vous déjà travaillé comme employé(e) auxiliaire ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
		Si oui, matricule d'auxiliaire	

Si vous êtes un(e) salarié(e) auxiliaire remplir cette section		
Service, arrondissement ou société paramunicipale	Matricule de paie	Date d'entrée en service
		Année Mois Jour

Déclaration
Je, soussigné(e), certifie par la présente que les renseignements ci-dessus mentionnés sont exacts. Je m'engage à aviser sans délai le Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SCFP) de toute modification qui pourrait survenir.
Je demande d'être admis librement au Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SCFP).
Je m'engage à en observer les statuts, règlements et décisions établis par le Syndicat.
J'autorise mon employeur à retenir sur mon chèque de paie une somme équivalant à la contribution périodique au Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SCFP).

Signature
EN FOI DE QUOI, j'ai signé le _____ jour de _____ 200_____
Signature _____