**DEMANDE CONTESTANT LA DÉCISION D’UNE AUTORITÉ ADMINISTRATIVE**

|  |
| --- |
| **DEMANDEUR** |
| M. [ ]  Mme [ ]  Nom :      | Téléphone résidence :     Téléphone travail :     Téléphone cellulaire :      |
| Adresse :       |
| Ville :       | Télécopieur :      |
| Code postal :       | Courriel :      |
| **REPRÉSENTANT OU REPRÉSENTANTE DU DEMANDEUR (s’il y a lieu)** |
| M. [ ]  Mme [ ]  Nom de la personne, de son bureau, de son association ou de son syndicat :       |
| Adresse :       | Téléphone :      |
| Ville :       | Télécopieur :      |
| Code postal :       | Courriel :      |
| **🡺 Veuillez nous aviser de tout changement d’adresse.** |

|  |
| --- |
| **DÉCISION CONTESTÉE ET MOTIFS DE LA CONTESTATION**  |
| Date de la décision :        | Autorité administrative :  | No du dossier :       |
| Expliquez les raisons pour lesquelles vous êtes en désaccord avec la décision rendue.      |
| **Indiquez la ou les conclusions que vous recherchez.** |
|       |
| Au besoin, utilisez une page supplémentaire pour préciser les raisons ou les conclusions, et veuillez l'annexer au formulaire.**🡺 Veuillez joindre une copie de la décision contestée et de tout document pertinent.** |
|

|  |
| --- |
| **TRAITEMENT DU DOSSIER** |
| * Je désire qu’une **décision soit rendue sur dossier**. **[ ]**

**OU*** Je désire qu’une **audience soit tenue**. **[ ]**
 |

 |
|  |
|

|  |
| --- |
| **SIGNATURE ET DATE** |
| **Je consens à ce que l’autorité administrative qui a rendu la décision contestée transmette une copie de mon dossier relatif à cette décision au Tribunal administratif du travail.**Signature du demandeur : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Date : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

 |
| **🡺 Si vous utilisez le télécopieur pour transmettre ce formulaire et la décision contestée au Tribunal, il n’est pas nécessaire d’envoyer les originaux.** |
|  |

|  |
| --- |
| **FAIRE PARVENIR À L’UN DES DEUX BUREAUX SUIVANTS** |
| Tribunal administratifdu travail900, boulevard René-Lévesque Est, 5e étage**Québec** (Québec) G1R 6C9Téléphone : 418 643-3208Sans frais : 1 800 361-9593Télécopieur : 418 643-8946Courriel : tat.quebec.vprt@tat.gouv.qc.caSite Web : [www.tat.gouv.qc.ca](http://www.tat.gouv.qc.ca) | **Preuve de réception** (Ne rien inscrire dans cette case.) | Tribunal administratifdu travail500, boul. René-Lévesque Ouest, Bureau 18.200**Montréal** (Québec) H2Z 1W7Téléphone : 514 873-7188Sans frais : 1 800 361-9593Télécopieur : 514 873-3112Courriel : tat.montreal.vprt@tat.gouv.qc.caSite Web : [www.tat.gouv.qc.ca](http://www.tat.gouv.qc.ca) |