

REQUÊTE EN ACCRÉDITATION

ASSOCIATION REQUÉRANTE	EMPLOYEUR
Inscrire le nom exact, l'adresse complète et la section locale s'il y a lieu.	Inscrire le nom de l'employeur ou de la raison sociale apparaissant au Registraire des entreprises du Québec (www.registreentreprises.gouv.qc.ca) ainsi que son adresse complète.
Nom : SYNDICAT DES SALARIÉS DE LA RÉSIDENCE A-F	Nom : SOCIÉTÉ EN COMMANDITE ANTOINE FEUILLON
Adresse : 59, chemin de Mountain View	Adresse : 3245 boul. Saint-Martin E
Ville : Saint-Gabriel de Valcartier	Ville : Laval (Québec)
Code postal : GOA 4S0	Code postal : H7E 4T6
Téléphone :	Téléphone :
Télécopieur : 866-277-1134	Télécopieur :
Courriel :	Courriel :

Association affiliée à : Indépendant



ASSOCIATION ACCRÉDITÉE	ÉTABLISSEMENT(S) VISÉ(S)
Inscrire le nom et l'adresse s'il y a lieu.	Si plus d'un établissement, annexe la liste au formulaire.
Nom :	82, 46e Avenue Bois-Des-Filion (Québec) J6Z 2M5
Adresse :	
Ville :	
Code postal :	
Téléphone :	Adresse :
Télécopieur :	Téléphone : 450-312-1000
Courriel :	Télécopieur :

Type d'entreprise : Résidence pour personnes âgées

L'association demande à être accréditée selon le Code du travail à l'égard du groupe de salariés suivant :

« Toutes les personnes salariées au sens du Code du travail à l'exception de la directrice générale, la coordonnatrice / responsable des soins, les coordonnatrices, le chef cuisinier, le responsable des services, l'adjointe des ressources humaines et les employés de bureau. »

MANDATAIRES

M. <input checked="" type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Nom : Henry Gagné	M. <input checked="" type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Nom : Benoit Chrétien
Adresse : 59, chemin de Mountain View	Adresse : 59, chemin de Mountain View
Ville : Saint-Gabriel de Valcartier	Ville : Saint-Gabriel de Valcartier
Code postal : GOA 4S0	Code postal : GOA 4S0
Téléphone :	Téléphone :
Télécopieur : 866-277-1134	Télécopieur : 866-277-1134
Courriel :	Courriel :
 Signature	 Signature
Fait à Saint-Gabriel de Valcartier ce 23 jour de septembre de l'année 2022 et signé au nom de l'association par ses mandataires.	

REPRÉSENTANT OU REPRÉSENTANTE DE L'ASSOCIATION REQUÉRANTE

M. <input checked="" type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Nom :	
Adresse :	Téléphone :
Ville :	Télécopieur :
Code postal :	Courriel :

→ Documents à déposer avec la requête : formules d'adhésion (originales ou copies).

FAIRE PARVENIR À L'UN DES DEUX BUREAUX SUIVANTS		
Tribunal administratif du travail 900, boulevard René-Lévesque Est, 5 ^e étage Québec (Québec) G1R 6C9 Téléphone : 418 643-3208 Sans frais : 1 866 864-3646 Télécopieur : 418 643-8946 Courriel : tat.quebec.vprt@tat.gouv.qc.ca Site Web : www.tat.gouv.qc.ca	Preuve de réception (Ne rien inscrire dans cette case.)	Tribunal administratif du travail 35, rue de Port-Royal Est, 2 ^e étage Montréal (Québec) H3L 3T1 Téléphone : 514 864-3646 Sans frais : 1 866 864-3646 Télécopieur : 514 873-3112 Courriel : tat.montreal.vprt@tat.gouv.qc.ca Site Web : www.tat.gouv.qc.ca