



# Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SCFP)

8790, avenue du Parc Montréal (Québec) H2N 1Y6

Téléphone : 514 842-9463 • Télécopieur : 514 842-3683

Courriel : [sfmm@sfmm429.qc.ca](mailto:sfmm@sfmm429.qc.ca) Web : [www.sfmm429.qc.ca](http://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° d'assurance sociale 
Adresse (domicile)			
N°	Rue	App.	Ville
			Code postal
Téléphones			
Domicile	Travail	Cellulaire	
Courriel résidentiel (obligatoire) :			
Date de naissance	Sexe	Étal civil	Marié (e) <input type="checkbox"/>
Année   Mois   Jour	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Conjoint de fait <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/>
Employeur			
Ville de Montréal <input type="checkbox"/>	Municipalité <input type="checkbox"/>	Nom de la Municipalité	
	Société paramunicipale <input type="checkbox"/>	Nom de la Société 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	
Nom du Service, de l'arrondissement ou de la 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		
Nom du Service, de l'arrondissement ou de la 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 \_\_\_\_\_ 2018

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

Pour que votre adhésion au SFMM soit conforme, vous devez OBLIGATOIREMENT poster L'ORIGINAL de cette demande au 8790, avenue du Parc, Montréal (Québec) H2N 1Y6