

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

NOM DE L'EMPLOYEUR	GROUPE NO.	DIVISION NO.	CLASSE	NO. D'EMPLOYÉ
NOM DE L'EMPLOYÉ	PRÉNOM		CERTIFICAT U.V. MUTUELLE	

AVIS DE CHANGEMENT DE SALAIRE

NOUVEAU SALAIRE : _____ \$

DATE DU CHANGEMENT

A	M	J

ANNUEL HEBDOMADAIRE TAUX HORAIRE NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE : _____

CHANGEMENT DE CLASSE OU DE DIVISION

CHANGEMENT DE CLASSE NOUVELLE CLASSE _____ DATE DU CHANGEMENT

A	M	J

CHANGEMENT DE DIVISION NOUVELLE DIVISION _____

AVIS D'ABSENCE AU TRAVAIL

MISE À PIED TEMPORAIRE CONGÉ DE MATERNITÉ DATE DU DÉPART

A	M	J

CONGÉ SANS SOLDE CONGÉ PARENTAL

AUTRE _____ DATE PRÉVUE DE RETOUR

A	M	J

AVIS DE RETOUR AU TRAVAIL

NOUVEAU SALAIRE : _____ \$

DATE DU RETOUR AU TRAVAIL

A	M	J

ANNUEL HEBDOMADAIRE TAUX HORAIRE NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE : _____

L'EMPLOYÉ A-T-IL REPRIS SON OCCUPATION RÉGULIÈRE :

OUI À TEMPS PLEIN OUI À TEMPS PARTIEL / NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE _____

NON, PRÉCISEZ L'OCCUPATION REPRISE : _____ PRÉCISEZ : _____

TERMINAISON D'UN EMPLOYÉ

CESSATION D'EMPLOI RETRAITE DATE DE LA TERMINAISON

A	M	J

DÉCÈS _____

COMMENTAIRES

SIGNATURE

DATE

SIGNATURE DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME