

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

## A Numéro d'accréditation

En fournissant votre numéro d'accréditation, l'avis pourra être traité plus rapidement.

## B Renseignements sur l'identité des parties

Employeur		Syndicat	
Nom de l'employeur		Nom du syndicat	
<div> <div>Noméro</div> <div>Rue</div> <div>Appartement</div> </div>		<div> <div>Noméro</div> <div>Rue</div> <div>Appartement</div> </div>	
<div> <div>Adresse</div> <div>Ville</div> <div>Province</div> <div>Code postal</div> </div>		<div> <div>Adresse</div> <div>Ville</div> <div>Province</div> <div>Code postal</div> </div>	
Nom du représentant		Nom du représentant	
Nom du bureau (s'il y a lieu)		Nom du bureau (s'il y a lieu)	
<div> <div>Noméro</div> <div>Rue</div> <div>Appartement</div> </div>		<div> <div>Noméro</div> <div>Rue</div> <div>Appartement</div> </div>	
<div> <div>Adresse</div> <div>Ville</div> <div>Province</div> <div>Code postal</div> </div>		<div> <div>Adresse</div> <div>Ville</div> <div>Province</div> <div>Code postal</div> </div>	
<div> <div>Téléphone</div> <div>Poste</div> </div>		<div> <div>Téléphone</div> <div>Poste</div> </div>	
<div> <div>Cellulaire</div> <div>Télécopieur</div> </div>		<div> <div>Cellulaire</div> <div>Télécopieur</div> </div>	
Courriel		Courriel	

## C Avis

Conformément à l'article 111.0.23 du Code du travail, nous vous avisons qu'une grève

☐ à durée indéterminée sera déclenchée par l'association accréditée précitée, à compter du \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_.  
Date Heure

☐ à durée déterminée sera déclenchée par l'association accréditée précitée, à compter du \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_.  
Date Heure  
Cette grève prendra fin le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_.  
Date Heure

Des services essentiels doivent-ils être maintenus? ☐ Oui ☐ Non

De quelle façon la liste ou l'entente des services essentiels sera transmise?

☐ Jointe à ce présent avis

☐ Sera transmise au Tribunal administratif du travail dans le délai prévu au troisième alinéa de l'article 111.0.23 du Code du travail

Date	Prénom et nom de famille	Signature
------	--------------------------	-----------

A – Veuillez transmettre le présent avis à l'employeur.

B – Faites parvenir l'avis par courriel, par télécopieur ou par la poste à chacun des deux organismes suivants, situés à Montréal ou à Québec :

**Ministère du Travail**  
425, rue Jacques-Parizeau  
5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1R 4Z1  
Courriel : [avis@mtess.gouv.qc.ca](mailto:avis@mtess.gouv.qc.ca)  
Télécopieur : 418 643-3069  
35, rue de Port-Royal Est  
3<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H3L 3T1

Pour information : 1 800 643-4817

**Tribunal administratif du travail**  
Courriel : [tat.quebec.vprt@tat.gouv.qc.ca](mailto:tat.quebec.vprt@tat.gouv.qc.ca)  
Télécopieur : 418 643-8946  
900, boul. René-Lévesque Est, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1R 6C9  
Courriel : [tat.montreal.vprt@tat.gouv.qc.ca](mailto:tat.montreal.vprt@tat.gouv.qc.ca)  
Télécopieur : 514 873-3112  
500, boul. René-Lévesque Ouest, Bureau 18.200  
Montréal (Québec) H2Z 1W7

Pour information : 1 800 361-9593

