

Les renseignements recueillis dans cette déclaration sont requis pour toute association visée par le premier alinéa de l'article 93.1 de la Loi sur les relations du travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'œuvre dans l'industrie de la construction (chapitre R-20).

**A**

**Renseignements généraux**

Nom de l'association				Année de fondation
				NEQ
Représentant		Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	Fonction
		Numéro	Rue	Bureau ou étage
Adresse du siège social		Ville		Province
				Code postal
Téléphone		Poste	Télécopieur	Courriel

Autres places d'affaires (Si l'espace est insuffisant, imprimez une page supplémentaire.)

Numéro	Rue	Ville	Province	Code postal

**B**

**Renseignements sur les employés**

Inscrivez le type de fonction occupée par vos employés ainsi que leur nombre. (Si l'espace est insuffisant, imprimez une page supplémentaire.)

Type de fonction des employés	Nombre

**Nombre total d'employés :**



## C Métiers et occupations exercés par les salariés représentés (si vous êtes une association syndicale)

Tous les métiers **ou cochez dans la liste :**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Briqueteur-maçon      | <input type="checkbox"/> Électricien            | <input type="checkbox"/> Mécanicien de machines lourdes    | <input type="checkbox"/> Peintre                       |
| <input type="checkbox"/> Calorifugeur          | <input type="checkbox"/> Ferblantier            | <input type="checkbox"/> Mécanicien en protection-incendie | <input type="checkbox"/> Plâtrier                      |
| <input type="checkbox"/> Carreleur             | <input type="checkbox"/> Ferrailleur            | <input type="checkbox"/> Monteur-assembleur                | <input type="checkbox"/> Poseur de revêtements souples |
| <input type="checkbox"/> Charpentier-menuisier | <input type="checkbox"/> Frigoriste             | <input type="checkbox"/> Monteur d'acier de structure      | <input type="checkbox"/> Poseur de systèmes intérieurs |
| <input type="checkbox"/> Chaudronnier          | <input type="checkbox"/> Grutier                | <input type="checkbox"/> Monteur-mécanicien (vitrier)      | <input type="checkbox"/> Serrurier de bâtiment         |
| <input type="checkbox"/> Cimentier-applicateur | <input type="checkbox"/> Mécanicien d'ascenseur | <input type="checkbox"/> Opérateur d'équipement lourd      | <input type="checkbox"/> Tuyauteur                     |
| <input type="checkbox"/> Couvreur              | <input type="checkbox"/> Mécanicien de chantier | <input type="checkbox"/> Opérateur de pelles mécaniques    | <input type="checkbox"/> Occupations                   |

## D Affiliations

Indiquez le nom de toute association à laquelle vous êtes affilié (A) ou qui vous est affiliée (B). (Cochez la case appropriée.)  
(Si l'espace est insuffisant, imprimez une page supplémentaire.)

Nom de l'association	A	B
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E Gouvernance

Nom du vérificateur des derniers états financiers

Date de fin de l'exercice financier

AAAA-MM-JJ

Date de la prochaine élection régulière

AAAA-MM-JJ

J'atteste qu'une copie des états financiers a été transmise gratuitement à tous nos membres.

Mode de transmission :  Envoi postal  Courrier électronique  Lors de l'assemblée générale  Avec l'avis de convocation de l'assemblée générale

Autre, précisez :

Y a-t-il eu des changements à la constitution ou aux règlements de l'association au cours de l'exercice financier?  Oui  Non

Si oui, lesquels :



**E****Gouvernance (suite)**

Membres du conseil d'administration et du comité de direction (y compris les membres qui ont quitté leurs fonctions au cours de l'exercice financier)  
*(Si l'espace est insuffisant, imprimez une page supplémentaire.)*

Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	Fonctions	Départ
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

**F****Déclaration formelle du président ou du directeur général**

Je déclare que tous les renseignements fournis dans cette déclaration et ses annexes, s'il y a lieu, sont véridiques et complets et je comprends que le fait de transmettre sciemment un renseignement faux ou inexact constitue une infraction à la Loi sur les relations du travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'œuvre dans l'industrie de la construction (RLRQ, chapitre R-20).

Nom de famille, prénom (selon l'acte de naissance)	Titre ou fonction du signataire
Date	Signature

**G****Publication et transmission de la déclaration****Publication de la déclaration**

La déclaration sera publiée sur le site Internet du ministère du Travail ([www.travail.gouv.qc.ca](http://www.travail.gouv.qc.ca)) en vertu du deuxième alinéa de l'article 93.1 de la Loi sur les relations de travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'œuvre dans l'industrie de la construction (RLRQ, chapitre R-20).

**Transmission de la déclaration**

La déclaration doit être acheminée aux coordonnées indiquées ci-dessous, accompagnée des états financiers vérifiés.

Par courrier :

Ministère du Travail  
 Direction des études et de l'information sur le travail  
 425, rue Jacques-Parizeau, 5<sup>e</sup> étage  
 Québec (Québec) G1R 4Z1

