



RESERVATION FORM – DEMANDE DE RÉSERVATION

Please complete in full paying special attention to (*) sections. Failure to do so can result in **no reservations**. Return completed form **with payment** to:
 Veuillez remplir au complet portent attention aux sections marquée d'un (*); sinon vous risquez de **ne pas avoir de réservation**. Retourner immédiatement **avec paiement au** :

CAW FAMILY EDUCATION CENTRE/ CENTRE FAMILIAL D'ÉDUCATION DES TCA
R.R. # 1, Port Elgin, Ontario N0H 2C5 1-800-265-3735 FAX : (519) 389-3222

Conference / Conférence _____

Arrival Date: _____ Departure Date: _____
 Date d'arrivée: _____ Date de départ: _____

If single accommodation is required, **approved by:** _____ **Title/titre** _____
 Si pour personne seule, **approuvé par:** _____ **Titre/titre** _____

Name: _____ (M) Local Union: _____
 Nom: _____ (F) Section locale: _____

Address: _____ City: _____
 Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Postal Code: _____ Telephone: _____
 code postal: _____ Téléphone: () _____

*Will you be accompanied by your spouse/partner and/or children; and if so, will it be paid by the Local? **Yes** **No**
 Serez-vous accompagné de votre conjoint(e)/partenaire et/ou vos enfants; et sera-t-il payé par la Section locale? **Oui** **Non**

Spouse/Partner Yes/Oui _____ No/Non _____ Name/Nom _____
 Conjoint(e)/Partenaire

Children/Enfant(s) Yes/Oui _____ No/Non _____

NO PETS ALLOWED.
AUCUN ANIMAL DOMESTIQUE N'EST PERMIS.

Name/Nom _____ D.O.B./D.D.N _____ Name/Nom _____ D.O.B./D.N.N _____

Name/Nom _____ D.O.B./D.N.N _____ Name/Nom _____ D.O.B./D.N.N _____

*Is childcare required? Yes No If yes, please complete childcare form in its entirety and send with reservation form./ Si oui, veuillez remplir au complet le formulaire d'inscription de garderie et retourner avec la demande de reservation.
 Aurez-vous besoin des services de garderie? Oui _____ Non _____

*Do you smoke? Yes No
 Êtes-vous fumeur? Oui _____ Non _____

SPECIAL REQUIREMENTS : i.e., diet, handicapped room, medical, etc. Yes No
EXIGENCES PARTICULIÈRES: i.e., diététiques, chambre pour handicapé, médicale, etc. Oui _____ Non _____

If so, what? _____
 Si oui, quels sont ces besoins? _____

Method of payment: Cheque: M/C _____ Local _____ Personal _____
 Modalités de paiement: Chèque: _____ Visa _____ Section locale _____ Personnel _____

Expires /Date d'expiration : (M) _____ (Y) _____

The **Centre** assumes no responsibility for loss of money, jewels or other valuables. We are not responsible for articles left in rooms or automobiles. I agree to be personally liable in the event that the indicted person, company, or association fails to pay for any part or the full amount of these charges./
 Le **Centre** n'accepte aucune responsabilité pour des pertes d'argent, de bijoux ou d'autres objets de valeur. Nous ne sommes pas responsables des articles laissés dans les chambres ou dans les automobiles. J'accepte d'être personnellement responsable au cas où l'organisation, la personne, l'entreprise ou l'association mentionnée ci-dessus négligerait de payer une partie ou la totalité du montant facturé.

Guest signature : _____ **Date :** _____
Signature du visiteur : X _____

CHECK-IN/ENREGISTREMENT: 3:00 P.M. – CHECK-OUT: 11:00 A.M.
 LE JOUR DU DÉPART, LES CHAMBRES DOIVENT ÊTRE LIBÉRÉES AU PLUS TARD À 11 HEURES DU MATIN.

