

# APPLICATION FOR MEMBERSHIP TO JOIN THE CFAU



Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

Personal Email: \_\_\_\_\_ Date of Hire: \_\_\_\_\_

Present Base : \_\_\_\_\_ Employee number: \_\_\_\_\_

## DECLARATION:

- i) I hereby apply to become a member of the Canadian Flight Attendants Union (CFAU). In doing so, I hereby authorize the CFAU through their duly authorized representatives, to represent me and act on my behalf to bargain collectively with respect to wages, hours of work, job security and all other conditions of employment.
- ii) I acknowledge and confirm that I have paid the \$5.00 application fee in person or electronically.  
\*Application fee can be email money transferred to: [skyregional@cfau.ca](mailto:skyregional@cfau.ca)
- iii) I agree to be bound by the constitution and bylaws of the CFAU.
- iv) Furthermore, I understand that this application form may be used in connection with a CFAU Application for Certification of my employer as set above, including an application which may result in an automatic certification without holding a representation vote In accordance with the *Labour Laws of Canada through the Canadian Industrial Relations Board (CIRB)*.

Signature of Applicant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Witnessing Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name of the Individual  
Witnessing Signature (PRINT) \_\_\_\_\_

*Note: Your personal information will be kept strictly confidential and never disclosed to your employer.*

**THE EMPLOYER NEVER SEES THIS CARD/FORM  
OR KNOWS WHO SIGNED A CARD/FORM.**



**DEMANDE  
D'ADHÉSION  
POUR DEVENIR  
MEMBRE DU SABC**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone personnel : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Courriel personnel : \_\_\_\_\_ Date d'embauche : \_\_\_\_\_

Base actuelle : \_\_\_\_\_ Numéro de matricule : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION :**

i) Par la présente, je fais la demande d'adhésion au Syndicat des agents de bord du Canada (SABC). En agissant ainsi, j'autorise le SABC, par le biais de ses délégués dûment autorisés, à me représenter et à négocier en mon nom de manière collective ce qui touche les salaires, les heures de travail, la sécurité d'emploi et toutes autres conditions de travail.

ii) Je reconnais les frais d'adhésion de 5,00 \$.

\*Les frais de candidature peuvent être transférés par courrier électronique à: [skyregional@cfau.ca](mailto:skyregional@cfau.ca)

iii) J'accepte d'être lié par les Statuts et le règlement intérieur du SABC.

iv) De plus, je comprends que ma demande d'adhésion puisse être utilisée en lien avec une requête en accréditation du SABC tel qu'établi ci-dessus, incluant une demande pouvant mener à une accréditation automatique sans l'obligation de tenir un scrutin de représentation en vertu du *Code canadien du travail du Conseil canadien des relations industrielles (CCRI)*.

Signature du requérant : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature du témoin : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin  
(EN LETTRES MOULÉES) \_\_\_\_\_

**L'employeur n'aura jamais connaissance de cette carte/formulaire ni du signataire de cette carte/formulaire.**

*Note: Vos renseignements personnels resteront confidentiels et ne seront jamais divulgués à votre employeur.*