



# 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:** \_\_\_\_\_  
 Si pour personne seule, **approuvé par:** \_\_\_\_\_ **Title/titre** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ (M) Local Union: \_\_\_\_\_  
 Nom: \_\_\_\_\_ (F) Section locale: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Postal Code: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
 Province: \_\_\_\_\_ 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  
 Aurez-vous besoin des services de garderie? Oui  Non  reservation form./ Si oui, veuillez remplir au complet le formulaire  
 \*Do you smoke? Yes  No  d'inscription de garderie et retourner avec la demande de reservation.  
 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 :** \_\_\_\_\_  
**Signature du visiteur :** X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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.

