

Caisse de grève - Rapport

No. _____

N° de la section locale : _____ Ville : _____ Province : _____

Date où le formulaire a été rempli : _____

Paiement pour la période du : _____ (date) au : _____ (date)

Nombre de membres réclamant des indemnités de grève : _____

Commentaires :

_____ Membres à 300 \$ par semaine
(pour au moins 20 heures d'activités approuvées reliées à la grève) = _____
_____ Membres à 15 \$ l'heure pour _____ heures d'activités par semaine = _____
_____ Membres à 15 \$ l'heure pour _____ heures d'activités par semaine = _____
_____ Membres à 15 \$ l'heure pour _____ heures d'activités par semaine = _____
_____ Membres à 15 \$ l'heure pour _____ heures d'activités par semaine = _____
TOTAL POUR LA SEMAINE _____

(Veuillez annexer des pages supplémentaires au présent formulaire s'il y a un grand nombre de totaux d'heures d'activités reliées à la grève.)

Comptabilité de grève de la section locale

Solde de la caisse de grève de la section locale au dernier rapport **Total A** _____ \$

Détails de tous les revenus de grève :

_____ \$
_____ \$
_____ \$ **Total B** + _____ \$
Total C (A+B) _____ \$

Détails des dépenses de grève :

_____ \$
_____ \$
_____ \$ **Total D** - _____ \$
Solde (C-D) _____ \$

Les renseignements ci-dessus sont exacts et vérifiés. Signé le _____ du _____ 20__

Président(e) du comité de grève: _____
(lettres moulées et signature)

Conseiller(ère) syndical(e) du SCFP: _____
(lettres moulées et signature)