Le Comité Paritaire de l'Industrie de l'Automobile des régions Lanaudière-Laurentides
The Parity Committee of the Automobile Industry of regions Lanaudière-Laurentides
460, boul. de l'Industrie, Joliette (Québec) J6E 8V3
Tél. : 450 759-0433 • 1 800 461-0041 • Fax : 450 759-0521

RAPPORT MENSUEL *MONTHLY REPORT*

(VOIR INSTRUCTIONS SUR LE SITE CPA-LL.COM)
(SEE GENERAL INSTRUCTION ON WEB CPA-LL.COM)

AVIS NOTICE

EN VERTU DE LA LOI SUR LES DÉCRETS DE CONVENTION COLLECTIVE VOUS TENUS DE GARDER DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT COPIE DE CE RAPPORT POUR LES FINS DE VÉRIFICATIONS DES INPECTEURS DU COMITÉ
UNDER THE ACT RESPECTING COLLECTIVE AGREEMENT DECREES YOU MUST KEEP A COPY OF THIS REPORT IN YOUR ESTABLISHMENT FOR THE PURPOSE OF VERIFICATION BY THE INSPECTORS OF THE COMMITTEE

1 Année Year | Mois Month

2 No d'établissement *Establishment no*

TOUT CHANGEMENT AU DOSSIER PERMANENT DUN SALARIÉ DOIT ÊTRE NOTÉ DANS LES ESPACES BLANCS APPROPRIÉS
ANY CHANGE TO THE PERMANENT FILE OF AN EMPLOYEE MUST BE INDICATED INE THE APPROPRIATE BLANK SPACES

PERIODE FINISSANT LE / PERIOD ENDING:	TAUX HORAIRE / WAGE PER HOUR	PRIME D'ÉQUIPE / SHIFT PREMIUM	HEURES DE TRAVAIL - WORKING HOURS: FORMATION HRES PAYÉES / TRAINING HRS. PAID	NORMALES / REGULAR JOUR/DAY	NORMALES / REGULAR NUIT/NIGHT	PLUS 50%	TOTAL DES HEURES / TOTAL HOURS (26-27-28-29)	HEURES CUMULÉES / HOURS ACCUMULATED	AUTRES GAINS - OTHER WAGES	TOTAL DES GAINS DE LA SEMAINE / TOTAL WAGE FOR THE WEEK
22 MO J/D	23	24	25	26	27	28	29	30	$ 31 $	32

Pour chaque salarié / *For each employee*

3 NO ASS. SOC - *INS. NO.* | 4 USAGE DU COMITÉ - *FOR COMITEE USED* | 5 SEXE - *SEX* (F M) | 6 CORRESP (F E) | 7 ARTISAN (O/Y N) | 8 SALARIÉ-*EMPLOYEE* (PLEIN/*FULL* X) TEMPS-*TIME* (PARTIEL/*PART* X)

9 NOM - *SURNAME* | 10 PRENOM - *GIVEN NAME* | 11 DATE DE NAISSANCE - *DATE OF BIRTH* (A/Y MO J/D)

12 ADRESSE - *ADDRESS* | 13 DATE EMBAUCHE - *HIRING DATE* (A/Y MO J/D) | 14 DATE DÉPART - *DEPARTURE DATE* (A/Y MO J/D)

15 VILLE - *MUNICIPALITY* | 16 CODE POST- *CODE* | 17 TÉLÉPHONE - *PHONE*

18 NO CARTE COMPÉTENCE *COMPETENCECARD* | 19 MÉTIER - *TRADE* | 20 CODE DE MÉTIER - *TRADE CODE* | 21 DATE EFFECTIVE-EFFECTIVE DATED (A/Y MO J/D)

TOTAL DES GAINS DU MOIS / TOTAL WAGES FOR THE MONTH 33

PRÉLÈVEMENT / LEVY 34

Pour chaque salarié / *For each employee*

3 NO ASS. SOC - *INS. NO.* | 4 USAGE DU COMITÉ - *FOR COMITEE USED* | 5 SEXE - *SEX* (F M) | 6 CORRESP (F E) | 7 ARTISAN (O/Y N) | 8 SALARIÉ-*EMPLOYEE* (PLEIN/*FULL* X) TEMPS-*TIME* (PARTIEL/*PART* X)

9 NOM - *SURNAME* | 10 PRENOM - *GIVEN NAME* | 11 DATE DE NAISSANCE - *DATE OF BIRTH* (A/Y MO J/D)

12 ADRESSE - *ADDRESS* | 13 DATE EMBAUCHE - *HIRING DATE* (A/Y MO J/D) | 14 DATE DÉPART - *DEPARTURE DATE* (A/Y MO J/D)

15 VILLE - *MUNICIPALITY* | 16 CODE POST- *CODE* | 17 TÉLÉPHONE - *PHONE*

18 NO CARTE COMPÉTENCE *COMPETENCECARD* | 19 MÉTIER - *TRADE* | 20 CODE DE MÉTIER - *TRADE CODE* | 21 DATE EFFECTIVE-EFFECTIVE DATED (A/Y MO J/D)

TOTAL DES GAINS DU MOIS / TOTAL WAGES FOR THE MONTH 33

PRÉLÈVEMENT / LEVY 34

Pour chaque salarié / *For each employee*

3 NO ASS. SOC - *INS. NO.* | 4 USAGE DU COMITÉ - *FOR COMITEE USED* | 5 SEXE - *SEX* (F M) | 6 CORRESP (F E) | 7 ARTISAN (O/Y N) | 8 SALARIÉ-*EMPLOYEE* (PLEIN/*FULL* X) TEMPS-*TIME* (PARTIEL/*PART* X)

9 NOM - *SURNAME* | 10 PRENOM - *GIVEN NAME* | 11 DATE DE NAISSANCE - *DATE OF BIRTH* (A/Y MO J/D)

12 ADRESSE - *ADDRESS* | 13 DATE EMBAUCHE - *HIRING DATE* (A/Y MO J/D) | 14 DATE DÉPART - *DEPARTURE DATE* (A/Y MO J/D)

15 VILLE - *MUNICIPALITY* | 16 CODE POST- *CODE* | 17 TÉLÉPHONE - *PHONE*

18 NO CARTE COMPÉTENCE *COMPETENCECARD* | 19 MÉTIER - *TRADE* | 20 CODE DE MÉTIER - *TRADE CODE* | 21 DATE EFFECTIVE-EFFECTIVE DATED (A/Y MO J/D)

TOTAL DES GAINS DU MOIS / TOTAL WAGES FOR THE MONTH 33

PRÉLÈVEMENT / LEVY 34

À L'USAGE DU COMITÉ SEULEMENT - FOR COMMITTEE USE ONLY

	RÉPARTITION	CONTRÔLE
EMPLOYEUR		INIT. / FEUILLE DE CAISSE NO
DÉBIT - CRÉDIT		DATE DE RÉCEPTION
AUTRES		REÇU PAR
TOTAL		

MESSAGE *IMPORTANT MESSAGE*

Le rapport mensuel doit être complété, signé, daté et retourné au comité accompagné du montant du prélèvement avant le 15 du mois suivant la période du rapport .
The monthly report is to be completed, signed, dated and returned to the committee accompanied by the amount levied before the 15 of the month following the period reported.

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR - NAME AND ADDRESS OF THE EMPLOYER

TOUS LES SALARIÉS INCLUANT LES SALARIÉS TEMPORAIRES, QUI ONT TRAVAILLÉ AU COURS DE LA PÉRIODE VISÉE, DOIVENT APPARAÎTRE SUR CE RAPPORT ET LES RENSEIGNEMENTS INCLUS SONT CERTIFIÉS CONFORMES QUANT AU NOMBRE D'HEURES, LA CLASSIFICATION ET LE MONTANT TOTAL DES SALAIRES FIXES, POURCENTAGE, ALLOCATION, COMMISSION OU BONIS PAYÉS À CHAQUE SALARIÉ.
ALL EMPLOYEES, INCLUDING TEMPORARY EMPLOYEES, THAT WORKED DURING THE PERIOD REFERRED TO, MUST APPEAR ON THIS REPORT AND THE INCLUDED INFORMATION CERTIFIED TO BE TRUE AS TO THE NUMBER OF HOURS, THE CLASSIFICATION AND THE TOTAL AMOUNT OF FIXED SALARIES, PERCENTAGE, ALLOWANCE, COMMISSION OR BONUS PAID TO EACH EMPLOYEE.

CETTE PARTIE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR L'EMPLOYEUR - *THIS PART MUST BE COMPLETED BY EMPLOYER*

RÉPARTITION DES PRÉLÈVEMENTS - *LEVY'S DISTRIBUTION*

PERÇU DES SALARIÉS - *COLL. FROM EMPLOYEES*

35 0.5 % $

PART EMPLOYEUR - *EMPLOYER'S CONTRIBUTION*

36 0.5 % $

ARTISAN

37 $

TOTAL

39 $

MONTANT DU CHÈQUE INCLUS - *CHEQUE AMOUNT INCLUDED*

40 $

41 SIGNATURE AUTORISÉE - *AUTHORIZED SIGNATURE*

42 A/Y MO J/D

43 NO DE TÉL. - PHONE NO.