



**IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT (s'il y a lieu)**

<b>Nom :</b> _____	<b>Nom du bureau, syndicat ou association :</b> _____
<b>Adresse :</b> _____ N°, rue, ville	_____ Code postal
<b>Téléphone :</b> _____ Ind. rég.	<b>Télécopieur :</b> _____ Ind. rég.

**IDENTIFICATION DE L'AUTRE PARTIE :** Travailleur  Employeur  Autre

<b>Travailleur :</b>	
<b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____	
<b>Employeur :</b>	
<b>Nom de l'entreprise :</b> _____	
<b>Personne à contacter :</b> _____	
<b>Adresse :</b> _____ N°, rue, ville	_____ Code postal
<b>Téléphone (domicile) :</b> _____ Ind. rég.	<b>Téléphone (travail) :</b> _____ Ind. rég.
<b>Télécopieur :</b> _____ Ind. rég.	

**TÉMOINS**

**Avez-vous l'intention de faire entendre un ou des témoins lors de l'audience? Si oui, indiquez leur nom et leur profession.**

	<b>NOM</b>	<b>PROFESSION</b>
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____

<b>SIGNATURE (de la personne qui conteste ou de son représentant)</b>	<b>Date</b>		
<b>X</b>	Année	Mois	Jour
<b>RAPPEL : N'oubliez pas de joindre la ou les décisions que vous contestez.</b>	_____	_____	_____

**Imprimez le formulaire et acheminez-le par la poste ou par télécopieur** au bureau de la CLP situé dans la région de résidence du travailleur. Pour connaître les coordonnées des bureaux de la CLP, consultez la rubrique « [Pour nous joindre](#) » sur notre site Internet au [www.clp.gouv.qc.ca](http://www.clp.gouv.qc.ca).