

**Formation**

Titre de la formation : .....

Date : .....

Lieu : .....

**Stagiaire**

Nom et prénom : .....

e-mail : .....

Téléphone : ..... NPA (obligatoire) : .....

**Mandat**

CSE ☐ CSSCT ☐ CTE ☐ CÛT ☐ ~~AA~~ autre mandat : .....

Titulaire ☐ Suppléant ☐

**Effectif entreprise :**

Moins de 50 salariés ☐ 50 – 150 salariés ☐ 150 – 300 salariés ☐ plus 300 salariés ☐

**Département Domicile :** - ..... ~~AA~~ besoin d'un hébergement ☐

**Syndicat**

Nom du Syndicat : .....

Nom du correspondant : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

**Employeur**

Nom de l'entreprise ou établissement : .....

~~Si le coût de la formation est financé par l'entreprise ou le CSE merci d'indiquer :~~

~~**Destinataire de la facture et de la convention de formation**~~

~~Raison sociale : .....~~

~~Adresse : .....~~

~~Adresse de facturation si différente : .....~~

~~Nom du correspondant : .....~~

~~Fonction : .....~~

~~E-mail de contact : ..... Téléphone : .....~~

**Renseignements complémentaires:** Si vous avez des allergies alimentaires ou des exigences diététiques spécifiques, veuillez-nous en informer, afin que nous puissions réserver un repas adapté pour vous.

**Bulletin d'inscription à envoyer à**

[accueil@cfdt-interco33.fr](mailto:accueil@cfdt-interco33.fr)

**Date et signature du Syndicat**