



Formation

Titre de la formation : -----

Date :

Lieu : -----

Stagiaire

Nom et prénom : -----

e-mail :

Téléphone : ----- NPA (obligatoire) : -----

Mandat

CSE CSSCT CTE CÙT autre mandat :

Titulaire Suppléant

Effectif entreprise :

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

Département Domicile : ----- 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

Date et signature du Syndicat