

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION SESSION DE FORMATION

|                |                 |
|----------------|-----------------|
| <b>SESSION</b> | Formation _____ |
|                | Date _____      |

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>PARTICIPANT</b> | Nom, Prénom _____   |
|                    | Téléphone _____   |
|                    | Courriel _____<br>(le courriel où vous désirez recevoir le lien pour la formation Zoom) |
|                    | Adresse postale _____<br>(afin recevoir la documentation pour la formation)             |
|                    | Fonction syndicale _____  |

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>SYNDICAT</b> | Nom du syndicat _____                                   |
|                 | Numéro du syndicat _____                                |
|                 | Téléphone _____   |
|                 | Courriel _____  |
|                 | Nom de la personne officielle _____                     |
|                 | Signature de la<br>personne officielle _____ Date _____ |

## LES SESSIONS DÉBUTENT À 9 H

**Transmettre ce formulaire :**

**Courriel :** [ccmonteregie-formation@csn.qc.ca](mailto:ccmonteregie-formation@csn.qc.ca)

**Télécopieur :** 450 466-5134

**Courrier :** E-100 - 7900, boul. Taschereau

Brossard (Québec) J4X 1C2



Assurez-vous d'obtenir, par téléphone ou par courriel, la confirmation de la réception de votre inscription à la session choisie.

Les personnes inscrites seront personnellement jointes par téléphone ou par courriel à l'approche de la date de la session pour en confirmer la tenue et leur présence.