

FORMULAIRE D'INSCRIPTION SESSION DE FORMATION

SESSION	Formation _____
	Date _____

PARTICIPANT	Nom, Prénom _____
	Téléphone _____
	Courriel _____ (le courriel où vous désirez recevoir le lien pour la formation Zoom)
	Adresse postale _____ (afin recevoir la documentation pour la formation)
	Fonction syndicale _____

SYNDICAT	Nom du syndicat _____
	Numéro du syndicat _____
	Téléphone _____
	Courriel _____
	Nom de la personne officielle _____
	Signature de la personne officielle _____ Date _____

LES SESSIONS DÉBUTENT À 9 H

Transmettre ce formulaire :

Courriel : 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.