

INSCRIPTION - FORMATION

Nom de la formation : _____

Date de la formation : _____

Endroit : _____

Nom du syndicat : _____

Numéro du syndicat : 10 - _____

1. Nom du participant : _____

Fonction syndicale : _____

Courriel pour confirmation : _____

2. Nom du participant : _____

Fonction syndicale : _____

Courriel pour confirmation: _____

Nom de la personne qui complète ce formulaire : _____

Téléphone : _____

Veuillez retourner ce formulaire par télécopieur : 514-529-4935 ou par courriel : FimFormation@csn.gc.ca