

## 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 : \_\_\_\_\_

Veillez retourner ce formulaire par télécopieur : 514-529-4935 ou par courriel : [FimFormation@csn.gc.ca](mailto:FimFormation@csn.gc.ca)