

## 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 courriel : [Fim.Formation@csn.qc.ca](mailto:Fim.Formation@csn.qc.ca)