

Formation

Titre de la formation :

Date :

Lieu :

Stagiaire

Nom et prénom :

Courriel :

Téléphone :

NPA :

Mandat

CSE CSSCT CTE CAP Conseil Médical CST FSSSCT

Titulaire Titulaire Titulaire Titulaire Titulaire Titulaire Titulaire

Suppléant Suppléant Suppléant Suppléant Suppléant Suppléant Suppléant

Effectif de la structure (entreprise, collectivité...) :

Moins de 50 agents 50 – 150 agents 150 – 300 agents plus 300 agents

Département Domicile : Gironde **A besoin d'un hébergement**

Syndicat

Nom du Syndicat : Interco 33

Nom du correspondant : Céline GASSIN (responsable formation)

Téléphone : 05 57 81 11 27

Courriel : accueil@cfdt-interco33.fr

Employeur

Nom de l'entreprise , collectivité ou établissement public :

Bulletin d'inscription à envoyer à : accueil@cfdt-interco33.fr ou
CFDT Interco33- 8 rue Théodore Gardère- CS 91372- 33080 Bordeaux Cedex

Merci d'informer votre secrétaire de section de votre inscription

Date et signature du Syndicat