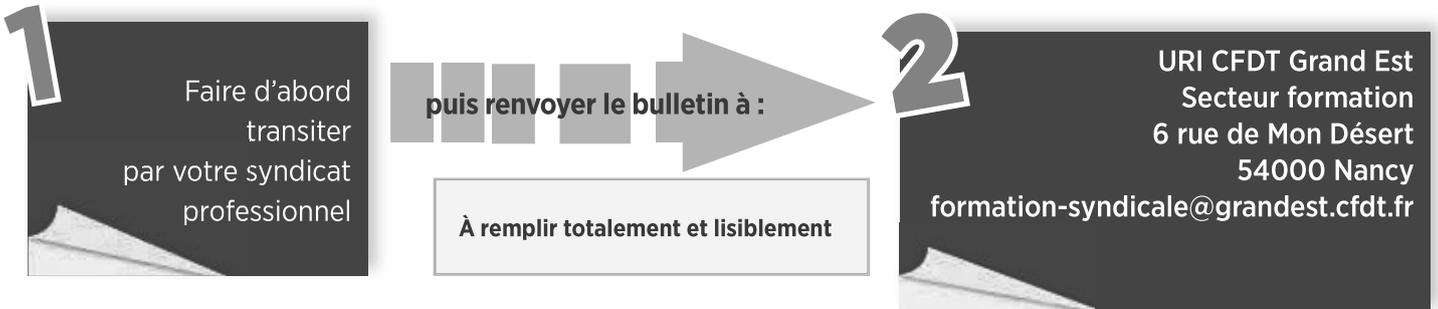


# BULLETIN D'INSCRIPTION 2023



## Session choisie

Nom de la session : .....

Date(s) de la session : .....

Lieu de la formation : .....

Je sollicite un hébergement  NON  OUI

**POUR RAPPEL :**

**\_ moins de 100 km ou 1h15 par trajet : l'hébergement n'est pas pris en charge par la CFDT**

**\_ plus de 100 km ou 1h15 par trajet : l'hébergement est organisé et payé par la CFDT**

## Stagiaire

Homme  Femme N° NPA\* : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse personnelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. perso : ..... Tél. Prof : ..... Poste : .....

Portable : ..... Date de naissance : .....

Courriel : .....@.....

Mandats syndicaux : .....

En signant ce formulaire, je soussigné(e) .....

\_ prends l'engagement de participer à la totalité de la formation et j'atteste avoir fait une demande de CFESSES sur la base du modèle prévu pour les formations CSE missions économiques et / ou CSE missions SSCT pour le secteur privé ou public.

\_ j'accepte que mes coordonnées (nom, prénom, ville, mail et téléphone) soient transmises aux participants de la formation afin de faciliter le co-voiturage et de prévenir dans les meilleurs délais en cas d'indisponibilité.

Date : .....

Signature du (de la) stagiaire :

## Modalités financières

- **Formations missions SSCT** : 5 jours pris en charge par l'employeur au 1<sup>er</sup> mandat et pour les membres de la commission SSCT dans les entreprises de + 300 lors du second mandat 3 jours à la seconde élection pour les autres membres.
- **Formations Économiques CSE** : prise en charge CSE pour les titulaires, le référent VSSCT a les mêmes droit puisque membre du CSE, suppléants si convention.
- **Autres sessions** : éventuellement prise en charge employeur ou CSE selon Convention Collective, accord d'entreprise.  
*Voir tarifs dans le catalogue de formations syndicales et détails des règles dans le catalogue...*

Pour la session concernée, la prise en charge financière se fera par :

	Employeur (*)	CSE(*)	(*) Indiquez ci-dessous le mail et l'adresse de facturation si différente de l'adresse de l'entreprise renseignée en 1 <sup>ère</sup> page :
Frais pédagogiques			.....
Déplacements			.....
Repas			.....

Sur quel congé se fait cette formation ? (cochez la case)

<input type="checkbox"/>	Congé de formation syndicale Référent harcèlement, SSCT
<input type="checkbox"/>	Congé de formation syndicale titulaire CSE
<input type="checkbox"/>	Congé de formation syndicale CFESSES
<input type="checkbox"/>	autre



Pour le remboursement des frais, remettre **OBLIGATOIREMENT** un IBAN lors de la formation

## Employeur du (de la) stagiaire

- Stagiaire salarié du privé       Stagiaire agent de la Fonction Publique

Nom de l'entreprise : .....

Adresse de l'entreprise : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Mail : .....

Téléphone du standard : ..... Nombre de salariés : .....

## Le syndicat du stagiaire

Cette partie est à remplir par le Syndicat du stagiaire

(sauf pour les formations des Conseillers Prud'homoux, des Défenseurs Syndicaux et des Conseillers du salarié qui peuvent s'inscrire directement)

Matricule du syndicat : .....

Syndicat : .....

Date : .....

Nom du Secrétaire ou du Responsable Formation Syndicale :

.....



Le Syndicat s'engage à n'inscrire que des adhérents CFDT.  
Tout bulletin d'inscription **INCOMPLET ET NON VALIDÉ** par le nom et la signature du Secrétaire ou du Responsable Formation Syndicale du Syndicat ainsi que le cachet du Syndicat  
**SERA RETOURNÉ !**

**Cachet du syndicat et signature :**

\* L'envoi de l'inscription par le mail statutaire du syndicat vaut signature