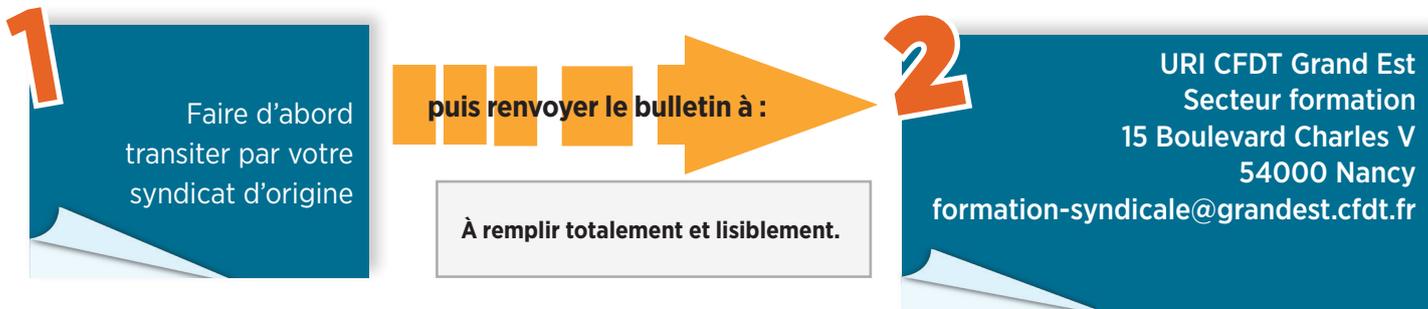


# BULLETIN D'INSCRIPTION 2020



## SESSION CHOISIE

Nom de la session : \_\_\_\_\_

Date(s) de la session : \_\_\_\_\_

## EMPLOYEUR DU (DE LA) STAGIAIRE

- Stagiaire salarié du privé                       Stagiaire agent de la Fonction Publique  
 Stagiaire en recherche d'emploi                       Stagiaire en retraite

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone du standard : \_\_\_\_\_ Nombre de salariés : \_\_\_\_\_

## STAGIAIRE

Homme                       Femme                      N° NPA\* : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. perso : \_\_\_\_\_ Tél. prof : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Mandats syndicaux : \_\_\_\_\_

## MODALITÉS FINANCIÈRES

**Formations CHSCT/SSCT :** prise en charge employeur pour les CHS CT /SSCT et assimilés. 3 jours si - 300 salariés, 5 jours au-delà

**Formations Économiques CSE :** prise en charge CSE pour les titulaires selon la loi, suppléants si convention.

**Autres sessions :** éventuellement prise en charge employeur ou CSE selon Convention Collective, accord d'entreprise et formation suivie. **Voir tarifs dans le catalogue de formations syndicales**

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

<input type="checkbox"/>	Congé de formation syndicale CHSCT/SSCT
<input type="checkbox"/>	Congé de formation syndicale titulaire CSE
<input type="checkbox"/>	Congé de formation syndicale CFESS
<input type="checkbox"/>	autre



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

La prise en charge financière se fera par :

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

Je sollicite un hébergement

**POUR RAPPEL :**

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

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

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 CFESS pour les formations CSE ou CHS CT/SSCT.
- j'acceptes que mes coordonnées (*nom, prénom, ville, mail et téléphone*) soient transmises aux participants de la formation afin de faciliter le co-voiturage.

Signature du (de la) stagiaire :



Date : .....

## LE SYNDICAT DU STAGIAIRE

Cette partie est à remplir par le Syndicat du stagiaire

(sauf pour les formations des Conseillers Prud'homaux, 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 :

.....

Cachet du syndicat et signature :



**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 !****