



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

COURS EN SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Veillez transmettre votre formulaire d'inscription par courriel



Health and Safety
Santé et sécurité

BureauRegionalQuebec@psac-afpc.com

AFPC - Bureau régional de Québec : 5050, boul. des Gradins, bureau 140, Québec (Québec) G2J 1P8

Téléphone : 418 666-6500 / Sans frais : 1 800 566-6530

Titre du cours : _____

Dates du cours : _____

SVP ÉCRIRE LISIBLEMENT EN MAJUSCULES

OBLIGATOIRE

↳ Votre numéro de membre se trouve sur votre carte de membre de l'AFPC ou peut être obtenu sur la liste des membres reçue par le responsable de votre section locale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de membre

Élément/Section locale à charte directe

Section locale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonction syndicale

Classification ou titre de l'emploi

Employeur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRÉNOM

ADRESSE PERSONNELLE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro civique

Rue

Appartement

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ville

Province

Code postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de téléphone (résidence)

N° de téléphone (bureau)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de télécopieur (bureau ou résidence ou local syndical)

N° de cellulaire (s'il y a lieu)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IMPORTANT - Adresse de courriel du-de la candidat-e

OBLIGATOIRE - Si plus d'un membre d'une section locale est inscrit au cours, svp, COCHEZ l'ordre de priorité (à compléter par le ou la président-e. Merci!

- 1 2 3 4 5 6

Veillez indiquer tous vos besoins particuliers (ex. : service d'interprète gestuel, etc.)

Signature du-de la candidat-e

Recommandé-e par : Président-e de section locale (si perte de salaire) -
Président-e du Conseil régional - Directrice du Comité régional des femmes -
Directeur du Comité des groupes d'équité - Représentant Comité des Jeunes -
Directeur Comité SLCD - Président Comité CQSU

OBLIGATOIRE – ADRESSE DE COURRIEL DE LA PERSONNE QUI RECOMMANDE LA FORMATION

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FACULTATIF - Veillez indiquer si vous appartenez à un groupe d'équité.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Personne ayant un handicap Autochtone Personne racialisée Femme LGBTQ2+ Jeune travailleur Autre (spécifiez)