



FICHE D'INSCRIPTION COURS EN SANTÉ SÉCURITÉ DU TRAVAIL



Veillez transmettre votre formulaire d'inscription par télécopieur, aux numéros indiqués ci-dessous, selon votre région

RÉGIONS 2 – 6 – 7

AFPC - Bureau régional de Montréal

5800, rue St-Denis, bureau 1104
Montréal (Québec) H2S 3L5
Téléphone : 514 875-7100 Sans frais : 1 800 642-8020
Télécopieur : 514 875-8399

RÉGIONS 1 – 3 – 5 – 8 - 9

AFPC - Bureau régional de Québec

5050, boul. des Gradins, bureau 130
Québec (Québec) G2J 1P8
Téléphone : 418 666-6500 Sans frais : 1 800 566-6530
Télécopieur : 418 666-6999

SVP ÉCRIRE LISIBLEMENT EN MAJUSCULES

Titre du cours : _____

Dates du cours : _____

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

OBLIGATOIRE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de membre	Élément / Charte directe	Section locale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fonction syndicale	Classification ou titre de l'emploi	Employeur

NOM

PRÉNOM

ADRESSE PERSONNELLE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro civique	Rue	Appartement
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
N° de téléphone (résidence)	N° de téléphone (bureau)	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
N° de télécopieur (bureau ou résidence ou local syndical)	N° de cellulaire (s'il y a lieu)	

IMPORTANT - Adresse de courriel du participant

OBLIGATOIRE - Si plus d'un membre d'une section locale est inscrit au cours, svp, COCHEZ l'ordre de priorité. 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
-------------------------------	-----------------------------------------------------

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