



La santé et sécurité au travail, toujours au cœur de l'action syndicale!

29 et 30 octobre 2021

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Veillez lire la lettre ci-jointe avant de remplir le formulaire d'inscription. Elle offre plus de renseignements sur la Conférence et explique quelles dépenses seront défrayées par l'AFPC

DATE LIMITE D'INSCRIPTION :	30 septembre 2021
Prénom :	Nom :
Adresse :	Appartement :
Ville :	Province : (Québec)
Code postal :	Courriel personnel :
Téléphone (cellulaire) :	Téléphone (travail) :
Numéro de membre :	Élément :
Section locale :	Employeur :
Titre d'emploi :	Fonction syndicale :

Étant donné que les places sont limitées, un ordre de priorité des participant-e par section locale doit être établi :

Premier choix :

Deuxième choix :

Troisième choix :

Quatrième choix :

Cinquième choix :

INFORMATION EN SANTÉ ET SÉCURITÉ

Êtes-vous membre du comité de santé et sécurité syndical?

Avez-vous suivi de la formation en santé et sécurité?

Avez-vous assisté à la Conférence régionale santé et sécurité en 2017?

Avez-vous assisté à la Conférence nationale santé et sécurité en avril 2019?

Traduction des documents (du français vers l'anglais) :

Mesure d'adaptation : Je désire une version papier des documents distribués :

ANNEXE A

1. Expliquez brièvement pourquoi vous désirez participer à la Conférence régionale en santé et sécurité de l'AFPC-Québec.

2. a) Donnez un bref aperçu de votre implication en santé et sécurité.

- b) Sinon, prévoyez-vous vous impliquer dans votre syndicat après la Conférence? Si oui, comment?

3. Quelles sont vos attentes à l'endroit de la Conférence régionale?

Votre inscription doit être autorisée par votre président-e de section locale

Nom de votre président-e :

Signature de votre président-e :



PROGRAMME DE FORMATION SYNDICALE EN SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

JE M'INSCRIS

Titre du cours : **Conférence régionale en santé et sécurité 2021**

Date(s) : **29 et 30 octobre 2021**

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____
Numéro et rue Ville

_____ TÉLÉPHONE : _____
Code postal Cellulaire Travail

EMPLOYEUR : _____


TITRE D'EMPLOI : _____

ÉLÉMENT : _____ SECTION LOCALE : _____

FONCTION SYNDICALE : _____

JE CONFIRME MON SALAIRE PERDU...

Je, soussigné-e, confirme que ma participation à cette session de formation entraîne une perte de salaire et que l'évaluation faite ci-dessous est conforme à mon salaire perdu :

DATE	TAUX HORAIRE*	 NOMBRE D'HEURES PERDUES	TOTAL
*Ce taux ne comprend ni prime, ni bénéfice, ni vacances, ni autre avantage de quelque nature que ce soit.		SALAIRE PERDU :	

SIGNATURE DU (DE LA) PARTICIPANT-E

DATE

Une fois rempli et signé par votre président-e de section locale, cliquez sur ce bouton pour faire parvenir ce formulaire aux organisateurs de la Conférence 2021 :

Signature du responsable du cours