



FORMULAIRE D'INSCRIPTION COURS DE BASE OU AVANCÉ

Veillez transmettre votre formulaire d'inscription par courriel ou télécopieur :

BureauRegionalMontreal@psac-afpc.com Télécopieur : **514 875-8399**

AFPC - Bureau régional de Montréal, 5800 rue Saint-Denis, bureau 1104, Montréal (Québec) H2S 3L5

Téléphone : 514 875-7100 Sans frais : 1 800 642-8020

Titre du cours : _____

Dates du cours : _____

SVP ÉCRIRE LISIBLEMENT EN MAJUSCULES

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

N° de membre				Élément/Section locale à charte directe				Section locale			
--------------	--	--	--	---	--	--	--	----------------	--	--	--

N° de membre

Élément/Section locale à charte directe

Section locale

Fonction syndicale				Classification ou titre de l'emploi				Employeur			
--------------------	--	--	--	-------------------------------------	--	--	--	-----------	--	--	--

Fonction syndicale

Classification ou titre de l'emploi

Employeur

NOM															
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRÉNOM															
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRESSE PERSONNELLE

Numéro civique				Rue												Appartement			
----------------	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--

Numéro civique

Rue

Appartement

Ville												Province				Code postal			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	-------------	--	--	--

Ville

Province

Code postal

N° de téléphone (résidence)				N° de téléphone (bureau)			
-----------------------------	--	--	--	--------------------------	--	--	--

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)			
---	--	--	--	----------------------------------	--	--	--

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)