



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## COURS EN SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

***Veillez transmettre votre formulaire d'inscription rempli par courriel en cliquant sur le bouton Soumettre au bas de la deuxième page***



**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 :**

### OBLIGATOIRE

**N° de membre**

**Élément ou SLCD**

**Section locale**

**Prénom :**

**Nom :**

### ADRESSE PERSONNELLE

**Numéro civique**

**Rue**

**Appartement**

**Ville**

**Province**

**Code postal**

**Téléphone au domicile**

**Cellulaire personnel**

**Courriel personnel (ne pas inscrire le courriel du travail) :**

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

**Pendant la durée de cette formation, je serai en télétravail**

**Mon horaire de travail est atypique**

**Si oui, décrivez-le brièvement :**

**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**

**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)**



Fédération  
des travailleurs  
et travailleuses  
du Québec

**FTQ**

**SERVICE DE L'ÉDUCATION**  
565, boulevard Crémazie Est,  
bureau 12100  
Montréal (Québec) H2M 2W3  
Téléphone : 514 383-8000

# PROGRAMME DE FORMATION SYNDICALE EN SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

## JE M'INSCRIS

Titre du cours :

Date(s) :

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

Numéro et rue

Ville

TÉLÉPHONE :

Code postal

Cellulaire

Travail

EMPLOYEUR :

TITRE D'EMPLOI :

SYNDICAT :

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 perdus	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

Signature du responsable du cours