



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

COURS EN SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Veillez transmettre votre formulaire d'inscription par courriel



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

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 (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 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)