



# 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**

**OBLIGATOIRE**

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de membre

Élément/Section locale à charte directe

Section locale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonction syndicale

Classification ou titre de l'emploi

Employeur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**NOM**

**PRÉNOM**

**ADRESSE PERSONNELLE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro civique

Rue

Appartement

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ville

Province

Code postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**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)