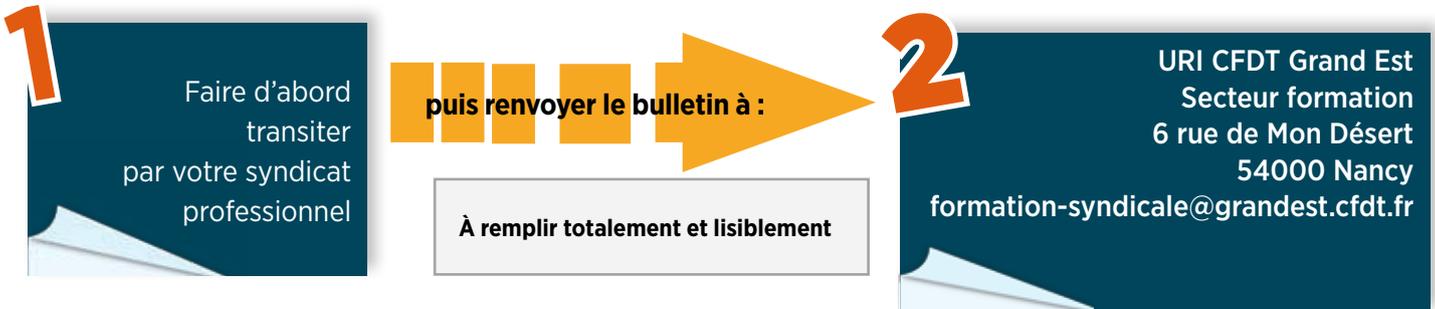


# BULLETIN D'INSCRIPTION 2024



## Session choisie

Nom de la session : .....

Date(s) de la session : .....

Lieu de la formation : .....

Je sollicite un hébergement  NON  OUI

**POUR RAPPEL :**

**\_ moins de 100 km ou 1h15 par trajet : l'hébergement n'est pas pris en charge par la CFDT**

**\_ plus de 100 km ou 1h15 par trajet : l'hébergement est organisé et payé par la CFDT**

## Stagiaire

Homme  Femme N° NPA\* : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse personnelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. perso : ..... Tél. Prof : ..... Poste : .....

Portable : ..... Date de naissance : .....

Courriel : .....@.....

Mandats syndicaux : .....

En signant ce formulaire, je soussigné(e) .....

\_ prends l'engagement de participer à la totalité de la formation et j'atteste avoir fait une demande de CFESSES sur la base du modèle prévu pour les formations CSE missions économiques et / ou CSE missions SSCT pour le secteur privé ou public.

\_ j'accepte que mes coordonnées (nom, prénom, ville, mail et téléphone) soient transmises aux participants de la formation afin de faciliter le co-voiturage et de prévenir dans les meilleurs délais en cas d'indisponibilité.

Date : .....

Signature du (de la) stagiaire :

## Modalités financières

- **Formations missions SSCT** : 5 jours pris en charge par l'employeur au 1<sup>er</sup> mandat et pour les membres de la commission SSCT dans les entreprises de + 300 lors du second mandat 3 jours à la seconde élection pour les autres membres. Le référent VSSCT a les mêmes droit puisque membre du CSE.
- **Formations Économiques CSE** : prise en charge CSE pour les titulaires et les suppléants si convention.
- **Autres sessions** : éventuellement prise en charge employeur ou CSE selon Convention Collective, accord d'entreprise.

Voir tarifs et détails des règles dans le catalogue de formations syndicales

Pour la session concernée, la prise en charge financière se fera par :

	Employeur (*)	CSE(*)	(*) Indiquez ci-dessous le mail et l'adresse de facturation si différente de l'adresse de l'entreprise renseignée en 1 <sup>ère</sup> page : ..... ..... .....
Frais pédagogiques			
Déplacements			
Repas			

Sur quel congé se fait cette formation ? (cochez la case)

<input type="checkbox"/>	Congé de formation syndicale Référent harcèlement, SSCT
<input type="checkbox"/>	Congé de formation syndicale titulaire CSE
<input type="checkbox"/>	Congé de formation syndicale CFESSES
<input type="checkbox"/>	autre



Pour le remboursement des frais, remettre **OBLIGATOIREMENT** un IBAN lors de la formation

## Employeur du (de la) stagiaire

- Stagiaire salarié du privé       Stagiaire agent de la Fonction Publique

Nom de l'entreprise : .....

Adresse de l'entreprise : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Mail : .....

Téléphone du standard : ..... Nombre de salariés : .....

## Le syndicat du stagiaire

Cette partie est à remplir par le Syndicat du stagiaire

(sauf pour les formations des Conseillers Prud'hommes, des Défenseurs Syndicaux et des Conseillers du salarié qui peuvent s'inscrire directement)

Matricule du syndicat : .....

Syndicat : .....

Date : .....

Nom du Secrétaire ou du Responsable Formation Syndicale :

.....



**Le Syndicat s'engage à n'inscrire que des adhérents CFDT.**  
**Tout bulletin d'inscription INCOMPLET ET NON VALIDÉ par le nom et la signature du Secrétaire ou du Responsable Formation Syndicale du Syndicat ainsi que le cachet du Syndicat SERA RETOURNÉ !**

Cachet du syndicat et signature\* :

\* L'envoi de l'inscription par le mail statutaire du syndicat vaut signature