



# FICHE D'INSCRIPTION

## COURS DE BASE, COURS EN SANTÉ SÉCURITÉ OU AVANCÉS



*Veillez transmettre votre formulaire d'inscription par télécopieur, aux numéros indiqués ci-dessous, selon votre région*

### RÉGIONS 2 – 6 – 7

#### AFPC - Bureau régional de Montréal

5800, rue St-Denis, bureau 1104  
 Montréal (Québec) H2S 3L5  
 Téléphone : 514 875-7100 Sans frais : 1 800 642-8020  
**Télécopieur : 514 875-8399**

### RÉGIONS 1 – 3 – 5 – 8 - 9

#### AFPC - Bureau régional de Québec

5050, boul. des Gradins, bureau 130  
 Québec (Québec) G2J 1P8  
 Téléphone : 418 666-6500 Sans frais : 1 800 566-6530  
**Télécopieur : 418 666-6999**

**SVP ÉCRIRE LISIBLEMENT EN MAJUSCULES**

**Titre du cours :** \_\_\_\_\_

**Dates du cours :** \_\_\_\_\_

↳ 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 / 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 participant**

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) – Conseil régional –  
 Comité régional des Femmes – Comité des groupes d'équité

**OBLIGATOIRE – ADRESSE DE COURRIEL DE LA PERSONNE QUI RECOMMANDE LA FORMATION**

\_\_\_\_\_

**IMPORTANT - Si plus d'un membre d'une section locale est inscrit au cours, svp, COCHEZ l'ordre de priorité. MERCI**

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|