



# FICHE D'INSCRIPTION COURS EN SANTÉ SÉCURITÉ DU TRAVAIL



*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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de membre	Élément / Charte directe	Section locale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fonction syndicale	Classification ou titre de l'emploi	Employeur

**NOM**

**PRÉNOM**

### ADRESSE PERSONNELLE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro civique	Rue	Appartement
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
N° de téléphone (résidence)	N° de téléphone (bureau)	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
N° de télécopieur (bureau ou résidence ou local syndical)	N° de cellulaire (s'il y a lieu)	

### IMPORTANT - Adresse de courriel du participant

**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

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