



Conseil central
de la *Montérégie*

FORMULAIRE D'INSCRIPTION SESSION DE FORMATION

SESSION	Formation _____
	Date _____

PARTICIPANT	Nom, prénom _____
	Téléphone _____ - _____ - _____
	Courriel _____
	Fonction syndicale _____

SYNDICAT	Nom du syndicat _____
	Numéro _____ - _____ - _____
	Téléphone _____ - _____ - _____
	Courriel _____
	Nom de la personne officière _____
	Signature de la personne officière _____ Date _____

Transmettre ce formulaire :

Courriel : cmonteregie-formation@csn.qc.ca

Télécopieur : (450) 466-5134

Courrier postal : 7900, boulevard Tashereau
Édifice E, bureau 100
Brossard (Québec) J4X 1C2



Assurez-vous d'obtenir, par téléphone ou par courriel, la confirmation de la réception de votre inscription à la session de votre choix.

Les personnes inscrites seront personnellement jointes par téléphone ou par courriel à l'approche de la date de la session pour en confirmer la tenue et leur présence.

LES SESSIONS DÉBUTENT À 9 H