

A renvoyer complétée 40 jours avant le début du stage au CREF par mail à contact@cref974.com

STAGIAIRE



Nom : Prénom(s) :

Coordonnées personnelles

Adresse :
 Code postal : /_/_/_/_/_/ Ville :
 Téléphone fixe : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ GSM personnel : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Coordonnées professionnelles

CSP (Catégorie Socio-Professionnelle) : : 1. Ouvriers, employés : 2. Agent de maîtrise : 3. Cadres
 : 4. Retraités : 5. Autres (sans activité professionnelle/demandeurs d'emplois...)
 Syndicat professionnel : Entreprise :
 Adresse :
 Code postal : /_/_/_/_/_/ Ville :

FONCTIONS ACTUELLES (cochez la case correspondante)

Effectif :

- Entreprise moins de 11 salariés :
- Entreprise entre 11 et 49 salariés :
- Entreprise entre 50 et 299 salariés :
- Entreprise 300 salariés et plus :

Secteur d'activité : Privé
 Public

- Fonction publique hospitalière
 OU
 Fonction publique d'Etat
 OU
 Fonction publique territoriale

Fonctions syndicales actuelles	Durée		
	2 ans	3 ans	4 ans
CSE Privé (1 ^{er} mandat)			
CSE (Renouvellement)			
CSSCT / SSCT (1 ^{er} mandat)			
CSSCT / SSCT (renouvellement)			
Délégué Syndical			
Elu CAP/CTP			
Elu CSE Central			
Représentant de proximité			
RSS (Représentant de Section Syndicale)			
Représentant syndical			
Secrétaire CSE/ Adjoint			
Trésorier CSE/ Adjoint			
CSE (public)			

S'INSCRIT AU STAGE DE FORMATION

Intitulé :
Organisé par le CREF Du : Au :
 A
 A

Attention : La « Demande de CFESSES » doit être déposée à l'employeur au minimum 40 jours avant le début de la formation

Utilisation des heures de délégation : OUI NON Autres

Financement : Veuillez contacter le CREF

Souhaite recevoir un devis : OUI NON

Souhaite recevoir le livret stagiaire :

Version papier lors de la session Version numérique par mail

- J'accepte de recevoir par mail toutes informations relatives aux formations CREF
 J'autorise le CREF à utiliser mes données personnelles à des fins syndicales

Etes-vous PSH (Personne en situation d'handicap) ? OUI NON

Signature