

STAGIAIRE



Nom : Prénom(s) :

Coordonnées personnelles

Adresse :

Code postal : / / / / /

Ville :

Téléphone fixe : / / / / / / / / / /

GSM personnel : / / / / / / / / / /

E-Mail 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

Signature