

**Formation**

Titre de la formation :

Date :

Lieu :

**Stagiaire**

Nom et prénom :

Courriel :

Téléphone :

NPA :

**Mandat**

CSE     CSSCT     CTE     CAP     Conseil Médical     CST     FSSSCT

Titulaire     Titulaire     Titulaire     Titulaire     Titulaire     Titulaire     Titulaire

Suppléant     Suppléant     Suppléant     Suppléant     Suppléant     Suppléant     Suppléant

Effectif de la structure (entreprise, collectivité...) :

Moins de 50 agents     50 – 150 agents     150 – 300 agents     plus 300 agents

**Département Domicile :** Gironde                      **A besoin d'un hébergement**

**Syndicat**

Nom du Syndicat : Interco 33

Nom du correspondant : Céline GASSIN (responsable formation)

Téléphone : 05 57 81 11 27

Courriel : [accueil@cfdt-interco33.fr](mailto:accueil@cfdt-interco33.fr)

**Employeur**

Nom de l'entreprise , collectivité ou établissement public :

**Bulletin d'inscription à envoyer à : [accueil@cfdt-interco33.fr](mailto:accueil@cfdt-interco33.fr) ou  
CFDT Interco33- 8 rue Théodore Gardère- CS 91372- 33080 Bordeaux Cedex**

**Merci d'informer votre secrétaire de section de votre inscription**

Date et signature du Syndicat