



Fiche à compléter et retourner à l'adresse indiquée ci-dessous

Pré-inscription 2025

INTITULÉ DU STAGE : _____

DATE DE LA SESSION : du ___ / ___ au ___ / ___ / 2025

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE, LA STAGIAIRE								
NOM :		PRÉNOM :		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
ADRESSE PERSO :								
CP :		VILLE :						
COURRIER ÉLECTRONIQUE :								
TÉLÉPHONE : _____ . _____ . _____ . _____ . _____								
DATE DE NAISSANCE : / /		DATE D'ADHÉSION À LA CGT : / /						
NOM DE L'ENTREPRISE :								
QUALIFICATION :	SALARIÉ DU PRIVÉ <input type="checkbox"/>	SALARIÉ DU PUBLIC <input type="checkbox"/>	PRIVÉ D'EMPLOI <input type="checkbox"/>	RETRAITÉ <input type="checkbox"/>				
	OUVRIER <input type="checkbox"/>	EMPLOYÉ <input type="checkbox"/>	A. MAÎTRISE <input type="checkbox"/>	TECHNICIEN <input type="checkbox"/>				
	ENSEIGNANT <input type="checkbox"/>	INGÉNIEUR/CADRE <input type="checkbox"/>						
STRUCTURES SYNDICALES								
SYNDICAT :								
FÉDÉRATION (branche professionnelle, ex. commerce, banques assurances, ...) :								
UNION LOCALE (lieu de travail : arrondissement si Paris, localité si banlieue) :								
FORMATION SYNDICALES SUIVIES								
S'IMPLIQUER DANS LA CGT <input type="checkbox"/>	ANNÉE :							
PARTICIPER À LA VIE DE LA CGT MODULE 1 (EX NIVEAU 1) <input type="checkbox"/>	ANNÉE :	DÉVELOPPER LA CGT 1ÈRE PARTIE (EX NIVEAU 2) <input type="checkbox"/> :	ANNÉE :					
PARTICIPER À LA VIE DE LA CGT MODULE 2 (EX NIVEAU 1) <input type="checkbox"/>	ANNÉE :	DÉVELOPPER LA CGT 2ÈME PARTIE (EX NIVEAU 2) <input type="checkbox"/> :	ANNÉE :					
PARTICIPER À LA VIE DE LA CGT MODULE 3 (EX NIVEAU 1) <input type="checkbox"/>	ANNÉE :	AUTRES FORMATIONS :						
AUTRES FORMATIONS :								
RESPONSABILITÉS SYNDICALES								
AU SYNDICAT :		A L'UNION LOCALE :						
PRÉSENCE D'UN CSE DANS L'ENTREPRISE :		MOINS DE 50 SALARIÉS.ES <input type="checkbox"/>	PLUS DE 50 SALARIÉS.ES <input type="checkbox"/>					
MANDATS								
DANS L'ENTREPRISE	RSS <input type="checkbox"/>	DS <input type="checkbox"/>	CSE <input type="checkbox"/>	RS CSE <input type="checkbox"/>	CSSCT <input type="checkbox"/>	RP <input type="checkbox"/>		
	CAP <input type="checkbox"/>	CSA <input type="checkbox"/>	FSSSCT <input type="checkbox"/>	AUTRE :				
HORS ENTREPRISE	CONSEILLER DU SALARIÉ <input type="checkbox"/>	CONSEILLER PRUD'HOMME <input type="checkbox"/>	DÉFENSEUR SYNDICAL <input type="checkbox"/>	AUTRE : <input type="checkbox"/>				
NOM ET COORDONNÉES DU RESPONSABLE À LA FORMATION DU SYNDICAT				Signature et cachet du Responsable du syndicat				