

Bulletin à retourner complété au plus tard 5 SEMAINES avant le début de la formation à ifreb@ifreb.org ou par courrier.

Toute inscription à une formation dispensée par l'ifreb vaut engagement du stagiaire au règlement intérieur (disponible sur www.ifreb.org).

FORMATION

Intitulé

Dates Lieu

Hébergement ☐ OUI ☐ NON Arrivée la veille ☐ OUI ☐ NON

Dates de la session 2 (pour les formations en 2 sessions) Lieu

Hébergement ☐ OUI ☐ NON Arrivée la veille ☐ OUI ☐ NON

Pour toute réservation d'hébergement qui n'aurait pas été annulée par le stagiaire 15 jours avant le début du stage le coût global restera à la charge du financeur.

STAGIAIRE

Nom Prénom

Date de naissance ☐ Homme ☐ Femme ☐ Agence

Adresse de résidence

Code postal Ville

Téléphone Courriel

Adhérent à un syndicat ☐ OUI ☐ NON Si oui, lequel ? n° adhérent (NPA)

Situation professionnelle ☐ Salarié / Agent ☐ Demandeur d'emploi ☐ Retraité

J'accepte que mes coordonnées soient diffusées aux autres stagiaires pour faciliter le covoiturage ☐ OUI ☐ NON

ENTREPRISE / ADMINISTRATION

Raison sociale / Dénomination

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Courriel

Siret Nombre de salariés : ☐ < 50 ☐ 50-299 ☐ ≥ 300 Secteur ☐ privé ☐ public

VOS MANDATS

☐ Élu CSE (privé) ☐ Élu CSE (public) ☐ Élu CSA (public) ☐ Élu CST (public)

☐ Titulaire ☐ Suppléant ☐ 1^{er} mandat ☐ 2^{ème} mandat (ou +)

☐ Membre de la CSSCT (privé) ☐ Membre de la F3SCT (public) ☐ 1^{er} mandat ☐ 2^{ème} mandat (ou +)

☐ Référent harcèlement au CSE (privé) ☐ 1^{er} mandat ☐ 2^{ème} mandat (ou +)

☐ Délégué syndical (privé) ☐ Secrétaire de section (public) ☐ 1^{er} mandat ☐ 2^{ème} mandat (ou +)

☐ CPH ☐ Défenseur syndical ☐ Conseiller du salarié ☐ 1^{er} mandat ☐ 2^{ème} mandat (ou +)

☐ Autres (à préciser)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Situation de handicap : ☐ Mobilité réduite ☐ Mal-voyant ☐ Mal-entendant ☐ Autre (à préciser)

Régime alimentaire particulier :

Nous ne pouvons garantir la prise en compte par l'établissement d'accueil des spécificités transmises ultérieurement à ce bulletin.

LA FACTURE SERA PAYÉE PAR (à remplir par le financeur de la formation)

☐ L'entreprise / L'établissement ☐ Le CSE ☐ Le syndicat ☐ Autre (à préciser)

Raison sociale / Dénomination du financeur

Siret N° TVA intracommunautaire

Dépôt de la facture sur plateforme spécifique ☐ OUI (indiquez laquelle :) ☐ NON

↳ Si oui, précisez les infos utiles (n° engagement, code service...) :

Adresse de facturation

Code postal Ville

Téléphone Courriel

Utilisé pour l'envoi de la convention et de la facture

Personne à contacter

Téléphone Courriel

Bulletin complété le Signature et cachet du financeur obligatoires*

par

* La signature de ce bulletin vaut engagement du financeur à honorer l'intégralité des frais pédagogiques et des frais d'hébergement et de restauration associés.