BULLETIN D'INSCRIPTION 2027

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 ◯ Agenre

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 ◯ 1er mandat ◯ 2ème mandat (ou +)

◯ Membre de la CSSCT (privé) ◯ Membre de la F3SCT (public) ◯ 1er mandat ◯ 2ème mandat (ou +)

◯ Référent harcèlement au CSE (privé) ◯ 1er mandat ◯ 2ème mandat (ou +)

◯ Délégué syndical (privé) ◯ Secrétaire de section (public) ◯ 1er mandat ◯ 2ème mandat (ou +)

◯ CPH ◯ Défenseur syndical ◯ Conseiller du salarié ◯ 1er mandat ◯ 2ème mandat (ou +)

◯ Autres (à préciser) .....

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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

Moyen de transport envisagé : ◯ Transports en commun ◯ Voiture ◯ Autre (à préciser) .....

Régime alimentaire particulier : .....

Nous ne pouvons garantir la prise en compte par le service de restauration des spécificités transmises ultérieurement à ce bulletin.

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

◯ L'entreprise / L'administration ◯ Le CSE ◯ Le syndicat ◯ Autre (à préciser) .....

Raison sociale / Dénomination du financeur .....

Siret ..... N° TVA intracommunautaire .....

Dépot 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 .....

par .....

Signature et cachet du financeur obligatoires*

** 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.*