

INSCRIPTION AU STAGE

① LIEU : BOBIGNY

STAGE : SANTE SECURITE TRAVAIL

DU

COUT DE LA FORMATION
SST 1227 € TTC REPAS COMPRIS

ADRESSE DE FACTURATION /

② ADRESSE DU STAGIAIRE

NOM : Prénom :

Adresse précise :

Téléphone personnel :

Adresse internet :

Date d'adhésion à FO : N° de Sécurité Sociale :

Union départementale :

Fédération :

A retourner à l'UD-FO
1 place de la Libération
93000 BOBIGNY
à l'attention de
laurence.lecureur@fo93.fr
☎ 01 48 96 35 33

③ NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'entreprise :

ELU(E) CSE DEPUIS LE	
TITULAIRE	SUPPLEANT

ACCORDS

	Date	Signature ou cachet obligatoire pour U.D. et ou fédération
Stagiaire		
Syndicat		
U.D. et ou Fédération		