



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

www.cgtparis.fr

La formation syndicale

Union des syndicats CGT de Paris

85 rue Charlot 75003 PARIS

Téléphone 01.44.78.53.31

Formation.syndicale@cgtparis.fr

Pré-inscription 2026

INTITULÉ DU STAGE : _____

DATE DE LA SESSION : du ___ / ___ au ___ / ___ / 2026

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE, LA STAGIAIRE

NOM : _____ PRÉNOM : _____ H F

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 PLUS DE 50 SALARIÉS.ES

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