

# Formations syndicales Solidaires Bretagne

## Fiche d'inscription (2026)

Nous demandons à chaque candidat-e de remplir avec le plus grand soin cette fiche et de la retourner à son syndicat ou, pour les adhérent-es isolé-es, au Solidaires départemental.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Intitulé de la Formation*.</b>                                                                                                                                                                                                                                                 | (MO mention obligatoire) |                                                                               |
| Date et Lieu*.                                                                                                                                                                                                                                                                    | (MO)                     |                                                                               |
| Nom et Prénom*                                                                                                                                                                                                                                                                    | (MO)                     |                                                                               |
| Année de naissance                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                                                               |
| Civilité (Rayer ou supprimer la mention inutile)*.                                                                                                                                                                                                                                | (MO)                     | – Madame – Monsieur<br>Je me définis autrement :                              |
| Commune et code postal du lieu de résidence*.<br>Pour covoiturage éventuel                                                                                                                                                                                                        | (MO)                     |                                                                               |
| Statut (Rayer ou supprimer la mention inutile)*.                                                                                                                                                                                                                                  | (MO)                     | – Droit privé – Droit public                                                  |
| Mandats syndicaux (préciser le mandat)<br>Privé : CSE- DS - RP / Fonction publique : CSE-CSA-CST-FS-FDS,<br>CAP CHSCT (Poste)<br>Autre : défenseur-e syndical-e, conseiller-ère du/de la salariée, etc.<br>Si pas de mandat indiquer non                                          |                          |                                                                               |
| Syndicat et/ou Solidaires départemental*                                                                                                                                                                                                                                          | (MO)                     |                                                                               |
| Adresse électronique de la structure inscrivante*.                                                                                                                                                                                                                                | (MO)                     |                                                                               |
| Adresse électronique personnelle*.                                                                                                                                                                                                                                                | (MO)                     |                                                                               |
| Téléphone (mobile de préférence)*.                                                                                                                                                                                                                                                | (MO)                     |                                                                               |
| Nom de l'Entreprise ou Administration*.                                                                                                                                                                                                                                           | (MO)                     |                                                                               |
| Prise en charge financière par l'entreprise*.                                                                                                                                                                                                                                     | (MO)                     | – Oui – Non                                                                   |
| Adresse de cette Direction si facturation *.                                                                                                                                                                                                                                      | (MO)                     |                                                                               |
| Avance de prise en charge pour l'hébergement<br>(Rayer ou supprimer la mention inutile)<br><b>(Concerne les formations remboursables par l'employeur qui devront être réglées à l'arrivée du stage par le stagiaire. A défaut la structure inscrivante remboursera les frais)</b> |                          | Par le stagiaire<br><br>Par la structure inscrivante                          |
| <b>En cas de formation sur plusieurs jours :</b>                                                                                                                                                                                                                                  | (MO)                     | Attention à vérifier que la formation propose un hébergement (voir catalogue) |
| Dormez-vous sur place avec les autres stagiaires ?*                                                                                                                                                                                                                               |                          | – Oui – Non                                                                   |
| Prendrez-vous les repas du soir avec le groupe ?*                                                                                                                                                                                                                                 |                          | – Oui – Non                                                                   |
| Souhaitez-vous arriver la veille ?*                                                                                                                                                                                                                                               |                          | – Oui – Non                                                                   |
| <b>Besoins particuliers</b> (chambre individuelle pour raison médicale, régime éventuel, Accueil PMR nécessaire, etc...).                                                                                                                                                         |                          | Merci de préciser                                                             |
| <b>Besoin de prise en charge des frais de garde d'enfants</b>                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                               |
| Personne à prévenir en cas d'urgence (Nom et contact téléphone)                                                                                                                                                                                                                   |                          |                                                                               |

En cas de problème, veuillez contacter votre syndicat qui pourra, le cas échéant, joindre le correspondant formation de votre Union Départementale Solidaires :

|                                                                                    |                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Côtes d'Armor:</b> Herveline Chapalain/ Anne Coadic<br>(form.solid22@orange.fr) | <b>Finistère :</b> Référent-es formation<br>(inscription.formation@solidaires29.org ) |
| <b>Ille et Vilaine :</b> Gérard Huré (gerardhure61@gmail.com )                     | <b>Morbihan :</b> Delphine (lenamilumi@gmail.com)                                     |

**Avant de déposer votre demande de CFS-congé formation syndicale (Fonction publique) ou CFESSES congé de formation économique, sociale, environnementale et syndicale (secteur privé), attendez la confirmation de votre inscription.**

En fonction des remontées, une autre session pourrait vous être proposée. Merci de votre compréhension. L'équipe formation de Solidaires Bretagne