



QUESTIONNAIRE

Nom : Prénom :
Adresse :

CP : Ville :

Adresse mail :
Numéro de téléphone :

Nom de l'établissement :
Adresse :

CP : Ville :

GROUPE : Oui Non

SI OUI QUEL GROUPE :

Nom de la Convention Collective :

F.H.P.

SYNERPA (Annexe du 10/12/2002)

FONCTIONS SYNDICALES

Secrétaire : Oui Non

Délégué Syndical : Oui Non

ÉLU DP : Oui Non

Titulaire Oui Non

Suppléant Oui Non

ÉLU CE : Oui Non

Titulaire Oui Non

Suppléant Oui Non

ÉLU DUP : Oui Non

Titulaire Oui Non

Suppléant Oui Non