



## 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