



Organisme de formation professionnelle continue

NOM de la FORMATION

DATE

LIEU (de préférence)

NOM DE L'INSTITUTION

(MR/Crèche/Foyer)

NOM DU RESPONSABLE

ADRESSE (RUE)

LOCALITÉ

ADRESSE EMAIL

PARTICIPANT

NOM et PRÉNOM

FONCTION

TÉLÉPHONE (travail)

TÉLÉPHONE (gsm)

ADRESSE E-MAIL

Merci d'envoyer ce formulaire d'inscription par e-mail à l'adresse :
info@wellbeing.lu

Ou par courrier à l'adresse :

Wellbeing AT WORK
8, rue F.D. Roosevelt
L-4483 SOLEUVRE

Nous vous remercions d'avance pour votre participation et votre confiance.

Toute l'équipe de Wellbeing AT WORK S.à.r.l.