



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](mailto: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.