

BULLETIN D'INSCRIPTION

PIL
LUMINAIRE

Date

Formation souhaitée

Formation

Dates souhaitées

Formation

Dates souhaitées

Informations sur le stagiaire

Prénom : Nom :

Adresse : CP :

Ville : Portable : E-Mail :

Êtes-vous en situation de handicap ?

Oui ☐ Non ☐

Référente handicap : contact@luminaire.org

Information sur l'entreprise

Nom de l'entreprise

E-Mail

Nom du contact dans l'entreprise

Téléphone

Adresse

CP

Ville

SIREN

Signature