

# 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 : Marie Egloff 0142784805 ou [contact@luminaire.org](mailto:contact@luminaire.org)

## Information sur l'entreprise

Nom de l'entreprise

E-Mail

Nom du contact dans l'entreprise

Téléphone

Adresse

CP

Ville

Signature