

Bulletin d'inscription

(A compléter en MAJUSCULES)

- Institution provinciale Administration communale C.P.A.S.
 Intercommunale Hôpital public Autre

(préciser la localité de votre institution).....

NOMPrénom..... F H

Lieu et date de naissance Contractuel / statutaire/ autre (préciser) :.....

Adresse du lieu de travail :

.....

CP Localité

E-mail

☎ : Fax :

Nom du responsable :

Adresse personnelle :

CP Localité

E-mail

☎ : Fax :

Fonction :

FORMULE I : Module en langue néerlandaise - En journée à Namur
(40 heures ou 10 demi-jours de formation programmés en
mai et juin et clôture en septembre)
- testing le 23 avril 2015

FORMULE II : Module en langue anglaise - En journée à Namur
(40 heures ou 10 demi-jours de formation programmés en
mai et juin et clôture en septembre)
- testing le 24 avril 2015

Date :/...../.....

Signature de l'agent :

Accord du chef de service

Nom et prénom :

**Ce bulletin est à renvoyer par mail (fabienne.roba@province.namur.be)
ou par fax au 081/77 69 51 pour le vendredi 17 avril au plus tard.**