

# **Cycle de conférences-échange pour personnes récemment diagnostiquées et proches**

## **Bulletin d'inscription au cycle de conférence « Ecole de la SEP » Day-Center Um Bill**

**Nom:** \_\_\_\_\_

**Prénom:** \_\_\_\_\_

**Rue** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

**Code postal** \_\_\_\_\_ **Localité** \_\_\_\_\_

**Télé** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_

**Nombre de personnes participantes :** \_\_\_\_\_

**Service de garderie :** \_\_\_\_\_

**Âge enfant(s) :** \_\_\_\_\_

**Participation au(x) date(s) :** \_\_\_\_\_

**Je verse le droit d'entrée de l'inscription au  
compte IBAN LU73 1111 0668 8249 0000 auprès des CCPL (LLSP)  
Merci de renvoyer ce bulletin d'inscription avant le 10 octobre 2009**

**a) par poste :           LLSP  
                              48, rue du Verger  
                              L-2665 Luxembourg**

**b) par fax au no 40 28 04**

**c) par mail : mslux@pt.lu**