

Formulaire d'inscription sur la liste des psychomotriciens indépendants

Coordonnées du cabinet

Nom & Prénom

Adresse

.....

Téléphone

Email

Langues parlées

Formations

Relaxation

- Oui
 Non

Voulez-vous ajouter vos coordonnées du cabinet sur le site www.alpd.lu

- Oui
 Non

Le document est à envoyer

- **par courrier au siège social :**

ALPD

2, Brucherstrooss

L-6831 Berbourg

- **ou par mail :**

alpd.comite@gmail.com

Merci de nous informer des changements éventuels de votre activité libérale.

..... , le

Lieu et date

.....
Signature