



**Je m'inscris à l'examen professionnel de  
Conseillère / conseiller en maladies respiratoires  
du 4/5/6/7 et 8 mars 2025**

**Adresse privée**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

NPA / Lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu d'origine : \_\_\_\_\_

N° AVS : \_\_\_\_\_

Langue d'examen : \_\_\_\_\_

**Activité professionnelle actuelle**

Institution : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

NPA / Lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Lieu, date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**A joindre à l'inscription :**

- un résumé de la formation et des activités professionnelles
- les copies des titres et certificats de travail requis pour l'admission
- copie (recto – verso) d'une carte d'identité officielle avec photo

Veuillez envoyer votre inscription jusqu'au **15 novembre 2024** au plus tard à la  
LIGUE PULMONAIRE SUISSE, Formation continue, Sägestrasse 98, CH-3098 Köniz