



RÉSEAU DES MÉDIATHÈQUES
Avélie
MONTFORT
COMMUNAUTÉ

Formulaire d'inscription au réseau des médiathèques de Montfort Communauté

Je soussigné (e) :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

MAIL :

DATE DE NAISSANCE :

CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE :

Autres inscrits majeurs résidant à la même adresse :

• NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

PROFESSION :

• NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

PROFESSION :

Je reconnais l'exactitude des informations précédentes me concernant.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des médiathèques et de la charte de consultation d'Internet, des postes et matériels informatiques et multimédia et m'engage à les respecter.

La carte d'utilisateur du réseau des médiathèques est individuelle et valable un an de date à date ; elle est sous ma responsabilité. Tout changement de coordonnées ou de situation devra être communiqué au personnel des médiathèques.

L'inscription des mineurs est soumise à une autorisation parentale signée par le responsable légal.

J'autorise l'envoi des informations des activités de l'ensemble des médiathèques du réseau : oui / non

Fait à :

Le :

Signature :