



FICHE D'INSCRIPTION

Collectivité

LA COLLECTIVITÉ

Nom de la collectivité/de l'établissement scolaire : _____

Complément du nom/Classe : _____

Adresse

N° : _____ Voie : _____

Complément : _____

Quartier : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Crèche | <input type="checkbox"/> Centre aéré |
| <input type="checkbox"/> Ecole maternelle | <input type="checkbox"/> Centre de soin |
| <input type="checkbox"/> Ecole primaire | <input type="checkbox"/> Maison de retraite |
| <input type="checkbox"/> Collège | <input type="checkbox"/> Association |
| <input type="checkbox"/> Lycée | <input type="checkbox"/> Groupe du champ social |
| <input type="checkbox"/> Centre de formation | |

N° de carte : _____

Bibliothèque : _____

LE RESPONSABLE

M. Mme Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse

N° : _____ Voie : _____

Complément (Appt., résidence) : _____

Quartier : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. fixe : _____ Tél. portable : _____

Email : _____

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus, déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et des conditions de prêt des bibliothèques de la ville de Compiègne et je m'engage à en respecter les dispositions. »

Je souhaite recevoir la lettre d'information des Bibliothèques par mail.

Date :

Signature et tampon de la collectivité :



FICHE D'INSCRIPTION

Collectivité

LA COLLECTIVITÉ

Nom de la collectivité/de l'établissement scolaire : _____

Complément du nom/Classe : _____

Adresse

N° : _____ Voie : _____

Complément : _____

Quartier : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Crèche | <input type="checkbox"/> Centre aéré |
| <input type="checkbox"/> Ecole maternelle | <input type="checkbox"/> Centre de soin |
| <input type="checkbox"/> Ecole primaire | <input type="checkbox"/> Maison de retraite |
| <input type="checkbox"/> Collège | <input type="checkbox"/> Association |
| <input type="checkbox"/> Lycée | <input type="checkbox"/> Groupe du champ social |
| <input type="checkbox"/> Centre de formation | |

N° de carte : _____

Bibliothèque : _____

LE RESPONSABLE

M. Mme Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse

N° : _____ Voie : _____

Complément (Appt., résidence) : _____

Quartier : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. fixe : _____ Tél. portable : _____

Email : _____

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus, déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et des conditions de prêt des bibliothèques de la ville de Compiègne et je m'engage à en respecter les dispositions. »

Je souhaite recevoir la lettre d'information des Bibliothèques par mail.

Date :

Signature et tampon de la collectivité :