

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

ETAT-CIVIL

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

PROFESSION ou statut:

COORDONNEES

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE :

COURRIEL : _____@_____._____

Je soussigné, _____, accepte l'utilisation et la conservation de mes coordonnées par le C.I.D. pour l'usage exclusif du service de prêt ainsi que l'envoi d'informations concernant la vie et le fonctionnement du Centre de Documentation. J'ai noté que je dispose conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès à mes données personnelles.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du C.I.D. et m'engage à le respecter.

A Tours, le _____

(signature)

PARTIE RÉSERVÉE AU C.I.D.

N° LECTEUR :

DROIT D'EMPRUNT

- | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fonds Autisme | <input type="checkbox"/> 2 Documents | <input type="checkbox"/> 14 jours |
| <input type="checkbox"/> Fonds Pédopsy | <input type="checkbox"/> 4 Documents | <input type="checkbox"/> 21 jours |
| <input type="checkbox"/> Fonds Revues | <input type="checkbox"/> Déplafonné | <input type="checkbox"/> 28 jours |
| <input type="checkbox"/> Emprunt à distance | Date fin : ____/____/____ . | |

CATEGORIE

- | | | |
|-----------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Public | <input type="checkbox"/> Personne T.E.D. | <input type="checkbox"/> C.H.U. |
| <input type="checkbox"/> Étudiant | <input type="checkbox"/> D.U. Autisme | <input type="checkbox"/> Service |
| <input type="checkbox"/> Parent | <input type="checkbox"/> Professionnel | <input type="checkbox"/> Autre |

Accès Internet

Nom OPAC

Mot de Passe OPAC