**INSCRIPTION ADULTE**

DATE INSCRIPTION : **N° CARTE** : ………………………………

□ MONSIEUR □ MADAME □ MADEMOISELLE

NOM **: ………………………………………………………………...**

PRÉNOM : **……………………………………………………………**

DATE DE NAISSANCE : **………………………………**

ADRESSE : **……………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

CODE POSTAL :**…………………………** VILLE : **…………………………………**

N° TEL : **……………………………** MAIL**:……………………………………….**

**PROFESSION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Agriculteurs | Instituteurs | Ouvriers |
| Artisans | Professeurs | Retraités |
| Commerçants | Artistes | Chômeurs |
| Chefs d’entreprises | Profession médicale | Etudiants |
| Profession Libérale | Techniciens | Elèves + 14 ans |
| Cadres | Employés | Sans profession |

**PAIEMENT** :

|  |  |
| --- | --- |
| MONT ST MARTIN | HORS MT ST MARTINMettre une croix dansla case de votre choix |
| * 5 €
 | * 10 €
 |

**Je soussigné(e)…………………………………………………………………………….souhaite m’inscrire à la bibliothèque Louis Aragon et accepte les conditions de prêts.**

**À………………………………………………………………..Le…………………………………………………………**

 **Signature :**

Les informations recueillies ci-dessus font l’objet d’un traitement informatique destiné à l’usage exclusif de l’équipe de la bibliothèque et qui en est le destinataire. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant veuillez-vous adresser à un membre de l’équipe de la bibliothèque.

* J’autorise l’équipe de la bibliothèque à m’envoyer des informations sur les manifestations organisées par la bibliothèque Louis Aragon.