RÉSEAU DES BIBLIOTHÈQUES
Inscription adulte

Le lecteur

Nom Mme ☐ M ☐

Prénom

Date de naissance

Adresse

Téléphone Portable

Courriel @

Pour les étudiants : adresse des parents si différente

C.S.P

☐ 1 Agriculteurs exploitants	☐ 5 Employés
☐ 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	☐ 6 Ouvriers
☐ 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	☐ 7 Retraités
☐ 4 Professions Intermédiaires	☐ 8 Autres personnes sans activité professionnelle

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus, déclare avoir pris connaissance des conditions d'usage des bibliothèques de la CAB et m'engage à en respecter les dispositions.

Date : Signature :

Cadre réservé à l'administration

N° de carte :.....

BIBLIOTHEQUE D'INSCRIPTION : .....