

BIBLIOTHEQUE MUNICIPALE DE PLOUZANE

NOM _____ Mme
PRENOM _____ Mlle
Mr

ADRESSE : _____
CODE POSTAL : _____ VILLE : _____
TELEPHONE (facultatif): _____
PROFESSION : _____

Cochez la case correspondant à votre quartier :

Bourg La Trinité
Castel Névez Autres

DATE DE NAISSANCE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| SEXE : F M

Courriel (facultatif) : _____
(pour les réservations et les relances)

Je m'engage à respecter le règlement de la bibliothèque
et notamment à remplacer tout document perdu ou détérioré.
Fait à Plouzané le _____ signature

Les parents ou responsables des jeunes de moins de
18 ans doivent compléter cette autorisation :

Je, soussigné (e) _____
autorise (Nom, Prénom) _____
à s'inscrire à la Bibliothèque municipale de Plouzané.
Je suis responsable des documents qu'il emprunte
et m'engage à remplacer tout document perdu ou détérioré.

Fait à Plouzané le _____ signature

BIBLIOTHEQUE MUNICIPALE DE PLOUZANE

NOM _____ Mme
PRENOM _____ Mlle
Mr

ADRESSE : _____
CODE POSTAL : _____ VILLE : _____
TELEPHONE (facultatif): _____
PROFESSION : _____

Cochez la case correspondant à votre quartier :

Bourg La Trinité
Castel Névez Autres

DATE DE NAISSANCE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| SEXE : F M

Courriel (facultatif) : _____
(pour les réservations et les relances)

Je m'engage à respecter le règlement de la bibliothèque
et notamment à remplacer tout document perdu ou détérioré.
Fait à Plouzané le _____ signature

Les parents ou responsables des jeunes de moins de
18 ans doivent compléter cette autorisation :

Je, soussigné (e) _____
autorise (Nom, Prénom) _____
à s'inscrire à la Bibliothèque municipale de Plouzané.
Je suis responsable des documents qu'il emprunte
et m'engage à remplacer tout document perdu ou détérioré.

Fait à Plouzané le _____ signature