

FORMULAIRE D'ABONNEMENT

No d'usager _____

Réservée au personnel de la
bibliothèque Jean-Charles-Des Roches

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance JJ / MM / AAAA _____

Enfant **Adulte**

Adresse _____

Code postal _____

Téléphone _____

Cellulaire _____

Courriel _____

TUTEUR _____

Je, soussigné(e), m'engage à respecter les règlements de la Bibliothèque Jean-Charles-Des Roches et de payer les dommages et les amendes qui me seront réclamés, de signaler tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone.

NOM DU SIGNATAIRE

Votre signature sera requise lorsque vous viendrez
récupérer votre carte d'abonné suite à la crise

JJ / MM / AAAA

DATE

Veuillez nous faire parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

biblio@ville.prevost.qc.ca

Lorsque votre abonnement sera complété par notre personnel, vous recevrez votre numéro d'usager et votre numéro d'identification personnel (NIP) par courriel.