centre de documentation
centre ressources autisme Nord-Pas de Calais
255 rue Nelson Mandela - 59120 LOOS
Tél. : 03 20 60 62 54 / centredoc@cra-npdc.fr
Catalogue en ligne : https://cra-npdc.centredoc.fr

FICHE D'INSCRIPTION AU PRÊT - STRUCTURE

MONTANT du chèque de caution : 160 €
ORDRE : CRA Nord-Pas de Calais

Représentant de la structure

CIVILITE : Madame ☐ Monsieur ☐ ANNEE DE NAISSANCE* :

NOM : PRENOM :

STATUT ou FONCTION : COURRIEL :

** Saisissez votre date de naissance dans le champ « Mot de passe » lors de votre 1ère connexion à votre compte lecteur sur centredoc@cra-npdc.fr Nous vous invitons à modifier ce mot de passe par la suite. Votre identifiant sera composé de la 1ère lettre de votre prénom suivie de votre nom de famille. Ex : pdupont pour Pierre DUPONT*

Coordonnées de la structure

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE 1 :

TELEPHONE 2 :

COURRIEL :

Inscription(s)

☐ **oui**, en tant que représentant(e) légal(e) de la structure désignée ci-dessus, je souhaite recevoir le **bulletin des nouvelles acquisitions** du centre de documentation du CRA Nord-Pas de Calais (indiquez une adresse mail)

☐ **oui**, en tant que représentant(e) légal(e) de la structure désignée ci-dessus, je souhaite recevoir la **newsletter du CRA Nord-Pas de Calais** afin d'être informé,e des actions organisées par le CRA : formations, sessions d'information, colloques, conférences… (indiquez une adresse mail)

Je soussigné(e), , représentant(e) légal(e) de la structure désignée ci-dessus certifie sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées. J'accepte l'utilisation et la conservation par le CRA Nord-Pas de Calais des données saisies dans ce formulaire, pour l'usage exclusif du service de prêt, et/ou l'envoi d'informations concernant le centre de documentation (bulletin des nouvelles acquisitions du CRA Nord-Pas de Calais) et/ou l'envoi d'informations relatives à l'actualité du CRA Nord-Pas de Calais (newsletter). Les éléments fournis pourront faire l'objet d'un traitement pour l'analyse de l'activité et le suivi des demandes du CRA Nord-Pas de Calais. J'ai noté qu'en tant que représentant(e) légal(e) de la structure désignée ci-dessus, je dispose, conformément à la réglementation en vigueur, d'un droit d'accès à ces données. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du centre de documentation du CRA Nord-Pas de Calais, et m'engage à le respecter.

A Lille, le :

(signature, nom et qualité du signataire)

centre de documentation
centre ressources autisme Nord-Pas de Calais
255 rue Nelson Mandela - 59120 LOOS
Tél. : 03 20 60 62 54 / centredoc@cra-npdc.fr
Catalogue en ligne : https://cra-npdc.centredoc.fr

PERSONNES AUTORISEES A EMPRUNTER DES DOCUMENTS AU NOM DE LA STRUCTURE

NOM : PRENOM : ANNEE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE PERSONNEL :

COURRIEL PROFESSIONNEL :

COURRIEL PERSONNEL :

PROFESSION :

NOM : PRENOM : ANNEE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE PERSONNEL :

COURRIEL PROFESSIONNEL :

COURRIEL PERSONNEL :

PROFESSION :

NOM : PRENOM : ANNEE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE PERSONNEL :

COURRIEL PROFESSIONNEL :

COURRIEL PERSONNEL :

PROFESSION :

NOM : PRENOM : ANNEE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE PERSONNEL :

COURRIEL PROFESSIONNEL :

COURRIEL PERSONNEL :

PROFESSION :

centre de documentation
centre ressources autisme Nord-Pas de Calais
255 rue Nelson Mandela - 59120 LOOS
Tél. : 03 20 60 62 54 / centredoc@cra-npdc.fr
Catalogue en ligne : https://cra-npdc.centredoc.fr

PERSONNES AUTORISEES A EMPRUNTER DES DOCUMENTS AU NOM DE LA STRUCTURE

NOM : PRENOM : ANNEE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE PERSONNEL :

COURRIEL PROFESSIONNEL :

COURRIEL PERSONNEL :

PROFESSION :

NOM : PRENOM : ANNEE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE PERSONNEL :

COURRIEL PROFESSIONNEL :

COURRIEL PERSONNEL :

PROFESSION :

NOM : PRENOM : ANNEE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE PERSONNEL :

COURRIEL PROFESSIONNEL :

COURRIEL PERSONNEL :

PROFESSION :

NOM : PRENOM : ANNEE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE PERSONNEL :

COURRIEL PROFESSIONNEL :

COURRIEL PERSONNEL :

PROFESSION :

centre de documentation
centre ressources autisme Nord-Pas de Calais
255 rue Nelson Mandela - 59120 LOOS
Tél. : 03 20 60 62 54 / centredoc@cra-npdc.fr
Catalogue en ligne : https://cra-npdc.centredoc.fr r

PARTIE RESERVEE AU CENTRE DE DOCUMENTATION

NOM DU GROUPE

CATEGORIE

☐ Etablissement sanitaire ☐ Entreprise
☐ Etablissement médico-social ☐ Association
☐ Autre (préciser) :

CHEQUE DE CAUTION

Date de réception du chèque : Montant :

Chèque rendu le :

Date de renouvellement du chèque :

Chèque rendu le :

Remarques éventuelles :

EXCLUSION DU PRET

Date de l'exclusion : / /

Motif de l'exclusion :

Nombre de documents non-rendus : Montant Total : €

Date encaissement du chèque de caution : / /