

---

### FICHE DE RENSEIGNEMENT LECTEUR

---

L'inscription permet la possibilité d'emprunter au Centre de Documentation pour une durée de 3 semaines pour 2 documents (à l'exclusion des revues, cédéroms, malettes pédagogiques consultables sur place uniquement).

NOM :  PRENOM :

STATUT :

- Personne avec Trouble du Spectre de l'Autisme
- Famille
- Association de famille et/ou de pers. avec Trouble du Spectre de l'Autisme
- Professionnel des CRA
- Professionnel extérieur, précisez :
  - sanitaire/hospitalier \_\_\_\_\_
  - libéraux \_\_\_\_\_
  - médico-social \_\_\_\_\_
  - MDPH \_\_\_\_\_
  - éduc. Nationale \_\_\_\_\_
  - serv. Sociaux \_\_\_\_\_
  - petite enfance \_\_\_\_\_
  - loisirs/vacances \_\_\_\_\_
  - organ. de formation \_\_\_\_\_
  - autre \_\_\_\_\_
- Etudiant \_\_\_\_\_
- Autre

ADRESSE PERSONNELLE:

CODE POSTAL :      VILLE :

TÉLÉPHONE ou MOBILE :

COURRIEL : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_, accepte l'utilisation et la conservation de mes coordonnées par le Centre de Documentation du CRAHN pour l'usage exclusif du service de prêt ainsi que l'envoi d'informations concernant la vie et le fonctionnement du Centre de Documentation. J'ai noté que je dispose conformément à \_\_\_\_\_ la réglementation en vigueur d'un droit d'accès à mes données personnelles.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Centre de Documentation du CRAHN et m'engage à le respecter.

A Sotteville-les-Rouen, le

(signature)