



Formulaire d'abonnement

12 ANS ET MOINS

Nom de famille _____
Prénom(s) _____

Date de naissance			N° de téléphone (maison) _____ (mobile) _____
Mois	Jour	Année	
			Courriel _____ @ _____

Adresse _____ Appt. _____
Code postal _____ Ville _____

Nom de l'école	Coordonnées du parent
_____	Nom _____
_____	N° de téléphone _____

La section ci-dessous doit être remplie par votre parent ou gardien légal.

Moi, _____, assume la responsabilité pour tout matériel emprunté avec la carte de bibliothèque de mon fils/ma fille ainsi que pour tous les frais découlant de l'utilisation de ladite carte, et m'assure que mon enfant respecte les règles et règlements de la Bibliothèque publique Eleanor London Côte Saint-Luc.

Signature du parent _____

PERSONNEL SEULEMENT Code barre _____

<input type="checkbox"/> Enfant moins de 12 ans	PCODE 1	PCODE 2	PTYPE
<input type="checkbox"/> Carte Médicare	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> CSL <input type="checkbox"/> Hampstead <input type="checkbox"/> Montréal-Ouest <input type="checkbox"/> Non-résidant	<input type="checkbox"/> Enfant résidant <input type="checkbox"/> Enfant qui fréquente une école à CSL
Identification présentée _____			

Paiement par <input type="checkbox"/> Comptant Montant _____ <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Interac N° de reçu _____ <input type="checkbox"/> Carte de crédit	Date d'expiration Mois Jour Année _____
---	---

Signature du personnel _____ Date _____