

INFORMATIONS NOMINATIVES*

Civilité* : Madame Monsieur

Code postal* :

Nom* :

Ville* :

Prénom* :

Pays* :

Date de naissance* :

Courriel* :

Adresse* :

Téléphone :

J'autorise l'Institut audiovisuel de Monaco à m'envoyer des informations par courriel et/ou courrier : oui non.

SUJET DE RECHERCHE* (Quel est le sujet précis de votre recherche ?)

CADRE DE RECHERCHE*

- Scolaire (précisez classe, établissement scolaire) :
- Étudiant (précisez diplôme préparé, discipline, université) :
- Enseignant (précisez discipline, université ou autre) :
- Chercheur (précisez discipline, université ou autre) :
- Professionnel (précisez votre profession) :
- Particulier (précisez le but de votre recherche) :

LISTE DES DOCUMENTS SOUHAITES*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la salle de consultation de l'Institut audiovisuel de Monaco annexé à la présente et m'engage à le respecter.

Pièces à fournir : photocopie d'une pièce d'identité et pour les mineurs autorisation parentale.

Fait à

Signature

Le

* Les champs suivis d'un astérisque doivent être remplis.

Les informations recueillies font l'objet de traitements automatisés d'informations nominatives destinés d'une part à la gestion de l'Institut et d'autre part à la gestion des services offerts par l'Institut à ses utilisateurs. Le défaut de renseignement aura pour conséquence l'annulation de la demande d'inscription. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant auprès du personnel de l'Institut, en application de la loi n°1.165 du 23 décembre 1993, modifiée, relative à la protection des informations nominatives.