

**AUTORISATION DE REMISE DE CLE
ET D'ACTIVATION DE CARTE D'ACCES**

 NOM DU LABORATOIRE : Nationalité : Française Autres :

 NOM - PRENOM : Portable : 0.... / / / /

 E-mail :

- | | | |
|--|------------|---|
| <input type="checkbox"/> Carte professionnelle | n° : | <input type="checkbox"/> Date d'activation : / ... / 20 |
| <input type="checkbox"/> Clé(s) bureau(x) | n° : | <input type="checkbox"/> Clé(s) de secrétariat n° : |
| <input type="checkbox"/> Salle vidéo | n° : | <input type="checkbox"/> Plateforme technologique n° : |
| <input type="checkbox"/> Salle de recherche | n° : | <input type="checkbox"/> Box de recherche n° : |
| <input type="checkbox"/> Sous passe partiel | n° : | <input type="checkbox"/> Passe général N° |

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salle des conférences | <input type="checkbox"/> Salle Troubadour | <input type="checkbox"/> Salle Julien GREIMAS |
| <input type="checkbox"/> Salle Aliénor | <input type="checkbox"/> Salle des conseils | <input type="checkbox"/> Salle Gargantua |
| <input type="checkbox"/> Salle Mélusine | | |

Statut :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Directeur de laboratoire | <input type="checkbox"/> Professeur / DR | <input type="checkbox"/> MCF /CR |
| <input type="checkbox"/> Doctorant | <input type="checkbox"/> Personnel non enseignant | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Bureau d'affectation N° | <input type="checkbox"/> Directeur de thèse du doctorant : | |

Type d'autorisation :

-
- Permanente
-
-
- Ponctuelle : du / / 201.... Au / / 201....

Je m'engage à les conserver, à ne les utiliser que dans le cadre de ma fonction, à ne pas les dupliquer, à ne pas les confier à un tiers non autorisé, à signaler sans délai les cas de perte ou de vol et à les restituer à mon départ ou sur simple demande. En cas de perte, le détenteur devra verser 10€ à l'agent comptable de l'université pour le remplacement de la carte.

Je reconnais avoir pris connaissances des consignes pour l'utilisation de clé et carte permettant l'accès au bâtiment MSHS en dehors des heures ouvrables ; je m'engage à les respecter.

À mon départ de la MSHS, je m'engage à retourner clé(s) et carte(s) au responsable technique du bâtiment.

Clé(s) remise(s) par le laboratoire : / / 201...

Clé(s) remise(s) par la MSHS : / / 201...

Signature de la personne autorisée	Signature du Directeur de laboratoire	Signature du Directeur de la MSHS	Signature Responsable technique du bâtiment MSHS