

**FICHE D'IDENTIFICATION EN VUE D'UNE DEMANDE D'AIDE  
POUR LES LIBRAIRIES EMERGENTES**

A adresser au **SLFB**- 85 RUE PRINCE ROYAL-1050 BRUXELLES-  
gaelle.charon@leslibrairiesindependantes.be  
Pour toutes informations complémentaires 0477449664-G. CHARON

**Nom de la librairie :**

.....

**Adresse de la librairie :** .....

.....

**Numéros de téléphone (fixe et mobile) :**

.....

**Nom du/ de la responsable**

.....

**Adresse de la messagerie électronique pour réception de nos informations :**

.....

**Adresse du site web et réseaux sociaux**

.....

**Forme juridique :**

.....

**Numéro d'entreprise (numéro de TVA précédé d'un 0) :**

.....

**Date d'ouverture de la librairie**

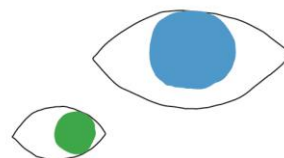
.....

**Nombre d'équivalents temps pleins occupés dans votre librairie :**

.....

**Nombre de m2 de la librairie (séparer espace de vente et réserve)**

.....



Nombre de titres en librairie

.....

Nombre de volumes

.....

Horaires d'ouvertures

.....

Numéro de compte bancaire IBAN sur lequel le soutien éventuel peut être versé :

.....

Aides reçues depuis ouverture

ORGANISME	MONTANT	AFFECTATION

DATE :

SIGNATURE :