

AUTORISATION PARENTALE POUR UNE DEMANDE D'INSCRIPTION

+ fournir un justificatif de domicile

NOMS et Prénoms des parents ou du responsable légal :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Je soussigné(e), Monsieur/Madame.....

autorise mon enfant ou mes enfants mineur(s) à s'inscrire à la Médiathèque de Gap et à utiliser tous ses services.

JE SOUHAITE INSCRIRE MON ENFANT OU MES ENFANTS À GAP EN NUM'

Oui Non

JE SOUHAITE RECEVOIR LA NEWSLETTER DE LA MÉDIATHÈQUE :

Oui Non

Date :

Signature :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT OU VOS ENFANTS

NOM et Prénom du 1er enfant :

Date de naissance :/...../.....

Établissement scolaire :

NOM et Prénom du 2ème enfant :

Date de naissance :/...../.....

Établissement scolaire :

NOM et Prénom du 3ème enfant :

Date de naissance :/...../.....

Établissement scolaire :

La carte d'abonné est nécessaire pour chaque emprunt. Les documents imprimés et les DVD empruntés sont à restituer dans le délai d'un mois.