



Inscription annuelle Enfants / Adolescents (jusqu'à 18 ans)

Je soussigné(e),

☐ Père

☐ Mère

☐ Représentant légal

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone fixe

Pays

Portable

Adresse mail

_____@_____

☐ En cochant cette case, je m'inscris à la newsletter

Autorise mon fils/ma fille à s'inscrire au réseau des bibliothèques / Médiathèque de la Communauté d'Agglomération Sarreguemines Confluences.

Je m'engage à veiller à ce que mon fils/ma fille se conforme au règlement intérieur de la Médiathèque et des bibliothèques de proximité.

NOM / Prénom de l'enfant	Date de naissance	Sexe (F/M)
	___/___/___	
	___/___/___	
	___/___/___	
	___/___/___	

Le _____

Signature du parent ou du représentant légal