



## BIBLIOTHEQUE MUNICIPALE DE CHATEAU-DU-LOIR

### SECTION JEUNESSE

Je soussigné (e), père, mère, tuteur légal ou autre à mentionner :

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**Téléphone(s) :**

**Courriel :**

**J'autorise mon ou mes enfants mineurs (coordonnées à remplir au verso) à utiliser les services de la bibliothèque de Château-du-Loir. Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter.**

A Château-du-Loir, le

Signature

J'accepte de recevoir par courriel des informations de l'ECC (Espace Culturel Communal)

## Enfants mineurs

Autorisation Internet

Nom

Prénom

Date de naissance

oui non

Nom

Prénom

Date de naissance

oui non

Nom

Prénom

Date de naissance

oui non

Nom

Prénom

Date de naissance

oui non

Nom

Prénom

Date de naissance

oui non

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au fichier des adhérents de la bibliothèque. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous le souhaitez, vous pouvez vous adresser au personnel de la bibliothèque.*