

Bibliothèque Raymond Queneau

Autorisation pour les mineurs

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Profession :

Agissant en qualité de père, mère ou représentant légal, certifie sur l'honneur que le mineur

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

est domicilié(e) à l'adresse suivante :

N°.....Rue.....

Code postal :Localité :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Je l'autorise à emprunter des livres, des CD, des revues . Oui Non

Je l'autorise à consulter Internet. Oui Non

Je me déclare responsable des documents empruntés avec sa carte de
bibliothèque, y compris
en cas de perte ou de vol de cette carte.

Date :

Signature :

N°de carte :