

Autorisation parentale

Obligatoire pour les moins de 16 ans

																									_
												N° Code barre :													
Nom de famille :																									
Prénom :																									
Lien de parenté :							••••						••••												
Adresse :																									
Ville :																									
Téléphone :																									
Email :																									
Après avoir pris connais car, je soussigné(e) :																							⁄lad	aga:	S-
autorise	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••		••••	••••	••••		••••	••••	••••	••••	••••	•••••	••••	••••	•••••	. 	. 	••••			
À s'inscrire à la médiath	-							-							-			os 🗆							
et me declare responsib	ole des	s do	cum	ent	s er	npr	un	tés	ave	ec	sa (cart	te c	a'ac	Ihé	rent	t.								
☐ Je déclare avoir p	ris coı	nnai	ssar	nce	du r	ègle	em	nent	t in	téı	rieu	ır d	e la	a m	édi	ath	èqu	ıe							
				Ar	ntan	ana	ariv	vo.	le																

Signature