

BIBLIOTHEQUE MEDIATHEQUE DE SAINT-MAX

NOM DE FAMILLE de l'enfant

Centre culturel Le Château
54130 SAINT-MAX
Tél. : 03 83 33 28 42
Fax: 03 83 18 32 37
mediatheque@mairie-saint-max.fr

RESPONSABLE mère père autre (précisez)

NOM

PRENOM.....

ADRESSE (n°, rue, bâtiment, appartement).....
.....
.....

CODE POSTAL

VILLE.....

Tél.

Email

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations énoncées.

QUARTIER

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Quartier Saint-Max centre | <input type="checkbox"/> Dommartemont 54130 | <input type="checkbox"/> Saulxures-Les-Nancy 54420 |
| <input type="checkbox"/> Quartier Saint-Michel Mainvaux | <input type="checkbox"/> Essey-Lès-Nancy 54270 | <input type="checkbox"/> Seichamps 54280 |
| <input type="checkbox"/> Quartier Trinité-Gambetta | <input type="checkbox"/> Malzéville 54220 | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Quartier Jean XXIII | <input type="checkbox"/> Nancy 54000 | |
| <input type="checkbox"/> Quartier Vieux Saint-Max | <input type="checkbox"/> Pulnoy 54425 | |

NOM DE L'ENFANT _____	PRENOM _____
Né(e) le : jour <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
CLASSE : _____	ETABLISSEMENT : _____

NOM DE L'ENFANT _____	PRENOM _____
Né(e) le : jour <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
CLASSE : _____	ETABLISSEMENT : _____

Le représentant légal soussigné, sollicite, l'inscription de l'enfant à la bibliothèque-médiathèque et s'engage à en faire observer le règlement :

- AUTORISE mon enfant à consulter Internet
 N'AUTORISE pas mon enfant à consulter Internet

Date :

Signature :