

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné.....(nom et prénom du père, de la mère ou du tuteur)

Date de naissance :

Adresse :

.....

Profession :

Téléphone :

Autorise mon(mes) enfant(s) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

J'atteste avoir pris connaissance des conditions de consultation, d'emprunt et de prêt des collections présentées à la Médiathèque de Lege-Cap Ferret.

Je me déclare responsable des documents empruntés par mon (mes) enfant(s).

Date et Signature