Médiathèque
Michel Bigaré
Place Jeanne d'Arc
57175 GANDRANGE
Tél. : 03 87 58 33 03
médiathèque@gandrange.fr

Fiche d'inscription

N° d'adhérent* :

Catégorie* : Individuel ☐ Famille – Personne de référence ☐

M. ☐ Mme ☐ NOM (en majuscule) : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ **Ville :** _____

Téléphone 1 : _____ **Téléphone 2 :** _____

E-mail : _____

Année de naissance : _____ **Lieu de naissance :** _____

Profession : _____

Je m'engage à respecter les dispositions du règlement intérieur de la Médiathèque.

Date : Signature :

Je demande à recevoir par mail des alertes relatives à mon compte (recommandé) : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Je demande à recevoir par mail des informations sur la vie de la bibliothèque : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Autorisation parentale pour les mineur(e)s de moins de 14 ans

Responsable légal 1 :

Je soussigné(e) : M. ☐ Mme ☐ NOM : _____ **Prénom :** _____

né(e) en : (année) _____ **à :** _____

agissant en qualité de _____ **, autorise les membres de ma famille (voir verso) à emprunter des documents à la médiathèque et m'engage à respecter le règlement intérieur.**

Adresse : (si différente) _____

Code Postal : _____ **Ville :** _____

Téléphone 1 : _____ **Téléphone 2 :** _____

E-mail : _____ **Signature :**

* Ne pas remplir

Membre de la famille

N° d'adhérent* : ……

M. ☐ Mme ☐ NOM (en majuscule) : ……

Prénom : ……

E-mail : ……Téléphone : ……

Année de naissance : …… Lieu de naissance : ……..

Membre de la famille

N° d'adhérent* : ……

M. ☐ Mme ☐ NOM (en majuscule) : ……

Prénom : ……

E-mail : ……Téléphone : ……

Année de naissance : …… Lieu de naissance : ……..

Membre de la famille

N° d'adhérent* : ……

M. ☐ Mme ☐ NOM (en majuscule) : ……

Prénom : ……

E-mail : ……Téléphone : ……

Année de naissance : …… Lieu de naissance : ……..

Membre de la famille

N° d'adhérent* : ……

M. ☐ Mme ☐ NOM (en majuscule) : ……

Prénom : ……

E-mail : ……Téléphone : ……

Année de naissance : …… Lieu de naissance : ……..

* Ne pas remplir