

15 ANS ET PLUS / PARENTS (obligatoire)

Je soussigné(e),

NOM, Prénom

Date de naissance :/...../..... Code postal : Commune :

Rue N° et boîte :

Email :Téléphone :

Déclare... (cocher ce qui convient)

- Vouloir m'inscrire** en tant qu'utilisateur du réseau des bibliothèques Schaerbeek-Evere

ET/OU

- Autoriser le(s) mineur(s)** d'âge suivant(s) à s'inscrire, en ma qualité de ...

Père

Mère

Adulte responsable

Tuteur

ENFANTS/MINEURS

NOM(s)	Prénom(s)	Date(s) de naissance
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

Cocher les affirmations suivantes (obligatoire) :

- Je déclare avoir pris connaissance du règlement du réseau et y souscrire, ainsi qu'à toute modification ultérieure de celui-ci.
- J'autorise le personnel des bibliothèques à utiliser mes données personnelles à des fins administratives, afin de communiquer avis et rappels.

- Je voudrais recevoir la **Newsletter** de la bibliothèque Romain Rolland afin d'être tenu.e informé.e de ses activités, nouveautés, fermetures...

Date : Signature :