Médiathèque d'ARNAS

**fiche d'inscription**

Représentant adulte du regroupement (\*) :

**NOM :..............................................PRÉNOM :...................................**

Date de naissance : . . /. . /. . . . Femme  Homme

Téléphone 04 74.........

06 ….........

Mail :......................................................@......................................

Adresse :

Enfants du regroupement :

**NOM :..............................................PRÉNOM :...................................**

Date de naissance : . . /. . /. . . . Femme  Homme

**NOM :..............................................PRÉNOM :...................................**

Date de naissance : . . /. . /. . . . Femme  Homme

**NOM :..............................................PRÉNOM :...................................**

Date de naissance : . . /. . /. . . . Femme  Homme

**NOM :..............................................PRÉNOM :...................................**

Date de naissance : . . /. . /. . . . Femme  Homme

Autre adulte du regroupement :

**NOM :..............................................PRÉNOM :...................................**

Date de naissance : . . /. . /. . . . Femme  Homme

Téléphone 04 74.........

06 ….........

Mail :......................................................@......................................

(\*) la cotisation famille est valable pour toutes les personnes vivant sous le même toit

(quel que soit le nombre de personnes).