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).