

MÉDIATHÈQUE

VILLE DU CROISIC

FICHE INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

● ADRESSE PRINCIPALE

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

● ADRESSE DE la résidence secondaire la location

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone :

● INSCRIPTION ADULTE

● **INSCRIPTION - 18 ANS**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

● **TARIFS** 1 an (12 €) 2 mois (6 €)

1 mois (4 €) 15 jours (3 €) Gratuit

Souhaitez-vous recevoir nos informations par mail?

oui non

Souhaitez-vous recevoir notre future newsletter?

oui non

Je soussigné(e)

reconnais l'exactitude des informations portées ci-dessus et avoir pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter.

Le Croisic, le Signature

PIÈCES À FOURNIR

- Pièce d'identité
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Carte d'étudiant
- Justificatif d'inscription à Pôle Emploi