

Réseau des bibliothèques de Sillingy et La Balme de Sillingy

	Nom et Prénom	Date de naissance
Responsable (majeur)		
Adulte regroupé		
Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		
Enfant 4		

Adresse :

.....

Code Postal : Commune :

Téléphone :

E-mail :

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du réseau des bibliothèques de Sillingy et La Balme de Sillingy et m'engage à le respecter. Je m'engage à communiquer tout changement de coordonnées.

Fait à, le

Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé et accessible aux seuls gestionnaires des bibliothèques. Les données sont conservées la durée de votre inscription à la bibliothèque. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données à tout moment en adressant un mail à l'une des bibliothèques.