

LA MÉDIATHÈQUE

VILLE DE LEVALLOIS

Je soussigné(e)

Adresse

Téléphone

Mail

Autorise mon enfant

Né(e) le

Scolarisé(e) à

☐ à s'inscrire à la Médiathèque de Levallois. ☐ à participer aux séances de jeux vidéo.

Je m'engage à remplacer les documents perdus ou détériorés. À tout moment, je reste responsable du comportement de mon enfant dans La Médiathèque.

Date

Signature

