

AUTORISATION D'INSCRIPTION POUR LES MINEURS

Représentant légal

Je, soussigné(e),

NOM : PRENOM :

père mère autre

Adresse :

Téléphone :

Autorise

NOM : PRENOM :

placé(e) sous mon autorité à s'inscrire aux Archives municipales d'Oullins et à se conformer au règlement de la salle de lecture.

J'ai pris connaissance du règlement en vigueur et je m'engage à le faire respecter.

Date

Signature

Lecteur mineur

Je, soussigné(e)

NOM : PRENOM :

né(e) le.....

avec l'accord de mes responsables légaux, m'engage à respecter le règlement en vigueur dont j'ai pris connaissance

Date

Signature