



## INSCRIPTION INDIVIDUELLE / FAMILLE

**DOCUMENTS A FOURNIR :** pièce d'identité, justificatif de domicile  
**TARIF REDUIT :** justificatif de réduction

Cadre réservé aux médiathèques
Date:
Code barre
<input type="checkbox"/> Abonnement
<input type="checkbox"/> Réabonnement
CSP A D E N R S
<b>COTISATIONS :</b>
<input type="checkbox"/> ABT001 ARLYS-18
<input type="checkbox"/> ABT001 FAM ARLYS-18 lié
<input type="checkbox"/> ABT002 ARLYS A
<input type="checkbox"/> ABT002 FAM ARLYS A lié
<input type="checkbox"/> ABT002 FAMPAY ARLYS A
<input type="checkbox"/> ABT003 ARLYS Tarif réduit
<input type="checkbox"/> ABT005 EXT-18
<input type="checkbox"/> ABT005 FAM EXT-18 lié
<input type="checkbox"/> ABT006 EXT Adulte
<input type="checkbox"/> ABT006 FAM EXT Adulte lié
<input type="checkbox"/> ABT006 FAMPAY EXT A
<input type="checkbox"/> ABT007 EXT Tarif réduit

NOM ..... Prénom .....

Année naissance ..... Masculin  féminin

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone .....

Mail : ..... @

**JE SOUHAITE RECEVOIR LES INFOS DES MÉDIATHÈQUES**

COURRIER  MAIL

**VOS CENTRES D'INTERETS**

ADULTE  JEUNESSE

Actualités  Littérature  Lecture à voix haute  Cinéma  Musique

Scolaire  Etudiant -26 ans

Etablissement scolaire .....

Actif  Demandeur d'emploi

Non actif  Retraité

*cocher la case correspondante*

**AUTORISATION DU RESPONSABLE POUR :** les enfants (-16 ans),  
les personnes rattachées à l'abonnement famille

Je soussigné(e) : .....

autorise mon enfant/les membres rattachés à l'abonnement famille (*razer la mention inutile*), à utiliser les services des médiathèques intercommunales d'Albertville et d'Ugine (*emprunts des documents, accès Internet, activités culturelles*) conformément au règlement intérieur.

**J'AI PRIS CONNAISSANCE ET J'ACCEPTÉ LE RÈGLEMENT DES MÉDIATHÈQUES**

Le :

Signature :

## ABONNEMENT FAMILLE

### DÉFINITION DE L'ABONNEMENT FAMILLE

L'abonnement concerne les familles : **PARENT(S) + ENFANT(S) DE MOINS DE 18 ANS.**

Il concerne toutes les familles qu'elles soient monoparentales, biparentales ou recomposées, que le parent ou les parents assurent pleinement ou ponctuellement la responsabilité des enfants.

Tout cas particulier non listé ici sera soumis à l'appréciation de la Direction des médiathèques intercommunales.

Abt FAMILLE	NOM	Prénom	N° carte	Année naissance	CSP
Membre rattaché <i>2<sup>ème</sup> parent responsable</i>					<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Non actif <input type="checkbox"/> Pôle Emploi

Membre rattaché					Ets scolaire
Membre rattaché					Ets scolaire
Membre rattaché					Ets scolaire
Membre rattaché					Ets scolaire
Membre rattaché					Ets scolaire

Je soussigné(e) Prénom..... Nom.....

Atteste sur l'honneur la composition de la famille.

**FAIT POUR SERVIR ET VALOIR CE QUE DE DROIT**

À ..... Signature

Le .....