

# Formulaire d'inscription ADOS

Parent					
Nom		Prénom			
Adresse, rue		App.	Ville		
Province	Code postal	Date de naissance AA MM JJ	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Préférence de langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Téléphone – résidence ( )		Courriel			
		Numéro de carte d'abonné			

Participant 1			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom / prénom		Date de naissance AA MM JJ	
Age	Numéro de carte de bibliothèque		
Téléphone – cellulaire	Courriel		

Participant 2			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom / prénom		Date de naissance AA MM JJ	
Age	Numéro de carte de bibliothèque		
Téléphone – cellulaire	Courriel		

**Si votre enfant ne peut participer à une activité à laquelle il est inscrit, veuillez s.v.p. nous en aviser 24 heures à l'avance. Sinon des frais de 2 \$ seront imposés. Ceci nous permet d'offrir à un autre jeune la chance de participer.**

## Optionnel

Je consens à ce que la représentation photographique de ma personne (ou de mon enfant) apparaisse sur vos documents d'information, dépliants, publicité, site web, etc. expliquant les services de la Bibliothèque publique de Pointe-Claire.

SIGNATURE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_