

# Brøndby-Bibliotekerne

Indmeldelse

Dato: \_\_\_\_\_

CPR-nr:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fornavn: \_\_\_\_\_

Efternavn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Post nr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_ Tlf. nr: \_\_\_\_\_

Fars/mors navn: \_\_\_\_\_

Vil gerne modtage meddelelser på **E-mail**: \_\_\_\_\_

Mit barn bliver meldt ind med mit samtykke og på mit ansvar. Husk sygesikringsbevis!

**Forældre/værge:**

-----  
Underskrift