

Gemeindebibliothek Rafz

Dorfstrasse 9

8197 Rafz

044 879 77 07

bibliothek@rafz.ch / www.rafz.ch



## **Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten minderjähriger Bibliothekskunden**

Wir freuen uns Ihre Tochter / Ihren Sohn in der Bibliothek Rafz als Kunden aufzunehmen.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): .....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Benutzungsordnung zur Kenntnis genommen habe. Ich erkläre mich zudem einverstanden, dass mein Kind die Bibliothek nutzen darf.

Name, Vorname (Mutter oder Vater): .....

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

Email-Adresse:

Rafz. (Datum ..... Unterschrift: .....