



COMPTE S.A.B.I.N.E

Fiche de Renseignements

	PARENT TITULAIRE DU COMPTE	CO-TITULAIRE
NOM
Nom de jeune fille
Prénom
Adresse
Code postal Ville
Téléphone
Adresse e-mail

ENFANTS USAGERS RATTACHÉS AU CONTRAT

	NOM	Prénom	Date de naissance
1	__/__/__
2	__/__/__
3	__/__/__

Les informations contenues dans les fichiers seront destinées aux seuls services de la Ville de LA SALVETAT SAINT-GILLES et du Trésor Public. Les intéressés pourront prendre connaissance des informations les concernant directement, conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés.

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et déclare avoir pris connaissance des conditions d'adhésion figurant en annexe du présent document.

Fait à LA SALVETAT SAINT-GILLES le

Signature (précédée de la mention "Lu et approuvé")