

**Gemeindebibliothek Rafz**  
Dorfstrasse 9  
8197 Rafz  
044 879 77 07  
bibliothek@rafz.ch / www.rafz.ch



**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, .....      Unterschrift: .....

**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, .....      Unterschrift: .....