

An die
Stadt Ingolstadt
Wissenschaftliche Stadtbibliothek
Auf der Schanz 45
85049 Ingolstadt

**Einwilligungserklärung
der Eltern für minderjährige Bibliotheksnutzer**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl und Ort

die Wissenschaftliche Stadtbibliothek Ingolstadt benutzt. Von der „Satzung der Stadt Ingolstadt über den Betrieb und die Benutzung der Wissenschaftlichen Stadtbibliothek Ingolstadt“ (<https://www.ingolstadt.de/stadtmuseum/pdf/Wissenschaftliche-Bibliothek-Satzung.pdf>) und der „Satzung über die Gebühren für die Benutzung der Wissenschaftlichen Bibliothek der Stadt Ingolstadt“ (<https://www.ingolstadt.de/stadtmuseum/pdf/Geb%20FChrensatzung%20Wissenschaftliche%20Stadtbibliothek.pdf>) habe ich Kenntnis genommen und gewährleiste deren Einhaltung. Ich verpflichte mich, etwaige entstehende Gebühren für mein Kind zu entrichten.

Vor- und Nachname gesetzlicher Vertreter

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl und Ort

Ort, Datum

Unterschrift