



Les Bibliothèques Sonores de France

DE L'ASSOCIATION DES DONNEURS DE VOIX

402-1-1

DOSSIER D'INSCRIPTION - ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

À renvoyer à la BIBLIOTHÈQUE SONORE de QUIMPER ET DU FINISTÈRE

Par courrier : 71 AVENUE JACQUES LE VIOL
BP 30341
29191 QUIMPER CEDEX

Ou par mail : 29Q@advbs.fr

Téléphone : 02 98 90 38 96

1 – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Rubriques	Bénéficiaire	Représentant (Parent, Tuteur, Aidant)
Civilité	Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>
NOM		
Prénom		
Lien avec le bénéficiaire		
Né(e) le		
Adresse		
Code Postal / Ville		
N° Téléphone Portable		
N° Téléphone Autre		
Adresse Courriel		

ATTENTION IL EST NÉCESSAIRE D'ÉCRIRE LISIBLEMENT VOS DONNÉES POUR QUE NOUS PUissions LES TRAITER.

2 – EMPÊCHEMENT DE LIRE

Pour valider votre inscription il est obligatoire d'indiquer le justificatif (*) en votre possession, sans nous l'adresser (nous vous le réclamerons en cas de contrôle) : par exemple certificat médical etc.

(*) Cf : [Justificatifs et Conditions Générales d'Utilisation](#)

3 – SUPPORT(S) SOUHAITÉS

Téléchargement

CD

Clé USB/Carte SD

Autre (ex : Voxiweb)

Le Victor est dédié aux personnes déficientes visuelles. Le téléchargement ou autre (ex VOXIWEB) est à privilégier pour les jeunes

4– PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Pour assurer son service, votre Bibliothèque Sonore doit conserver vos données personnelles ainsi que l'historique de vos lectures aussi longtemps que dure votre inscription. Aucune donnée n'est transmise à des tiers.

POUR LES SCOLAIRES

Établissement scolaire : Nom :

Ville :

Autres informations

Classe : Année scolaire : ULIS : oui non

5– ATTESTATION

- Je certifie remplir une des conditions requises permettant l'inscription à la Bibliothèque Sonore, m'engage à mettre à disposition les documents nécessaires sur toute demande de la Bibliothèque Sonore et reconnais avoir pris connaissance des [Conditions Générales d'Utilisation](#). Je m'engage à les respecter sous peine de m'exposer à des sanctions civiles et pénales.
- J'autorise l'usage légal de mes données personnelles et la conservation de l'historique de mes lectures.
- Je certifie exactes les informations contenues dans le présent dossier.

En qualité de bénéficiaire (nécessaire à partir de 15 ans, majorité numérique)

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Fait, à
Le

Signature

En qualité de représentant :

Je soussigné(e) :

Nom

Prénom :

Fait, à
Le

Signature