



DOSSIER d'INSCRIPTION

Conforme aux dispositions de l'article 202 du nouveau Code de Procédure civile

BIBLIOTHÈQUE SONORE - Boite Postale 30176 – 91006 EVRY Cedex

Courriel : contact@bsevry.fr – **web site :** www.bsevry.fr – **tél.** 01.60.78.19.01

Permanences : Mardi et Jeudi de 15 à 17 h

110, Place de l'Agora – 91000 EVRY
4^{ème} étage par les Ascenseurs face à la Médiathèque

<u>1 IDENTIFICATION</u>	Bénéficiaire (1)	Signataire (2)
Identité (Mr, Mme, Mlle)		
Nom		
Prénom		
Né(e) le		
N° et rue Complément d'adresse Code postal Ville		
N° Téléphone N° Portable		
Courriel		
Etablissement scolaire (3) Classe		

(1) à compléter dans tous les cas (2) à compléter si le bénéficiaire est un enfant mineur ou une personne sous tutelle (3) Pour scolaires seulement

2 . ENVIRONNEMENT TECHNIQUE

Connexion internet	ADSL <input type="checkbox"/>	Fibre optique <input type="checkbox"/>	Câble <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Equipement	Victor <input type="checkbox"/>	Chaine de Salon <input type="checkbox"/>	Lecteur CD <input type="checkbox"/>	Ordinateur <input type="checkbox"/>
Support(s) souhaité(s)	CD MP3 <input type="checkbox"/>	Clé USB <input type="checkbox"/>	Carte SD <input type="checkbox"/>	Serveur national <input type="checkbox"/>

3. ENGAGEMENTS

Je soussigné(e) :

Agissant éventuellement aux lieux et places de la personne bénéficiaire susvisée, après avoir pris connaissance des conditions de mise en œuvre des différents services offerts bénévolement par l'Association des Donneurs de Voix, m'engage, solidairement, à n'utiliser directement ou indirectement lesdits services exclusivement que pour l'usage personnel du bénéficiaire.

Je m'engage, en outre, à ne communiquer les informations me permettant d'accéder aux enregistrements à aucune autre personne, y compris mes proches et à ne faire aucune copie des ouvrages ou revues auxquels j'aurai accès.

Toute utilisation non conforme expose le contrevenant aux poursuites civiles et pénales prévues par la loi.

Je valide mon inscription en joignant :

- Une photocopie de la carte de handicap
- Ou
- Un certificat médical attestant que le bénéficiaire est atteint d'un trouble l'empêchant d'avoir un accès normal à la lecture

Fait à :

le.....

Signature

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications pour les informations communiquées en vous adressant à : Association des Donneurs de Voix 25, rue Fresnel – 19100 BRIVE - 05 55 87 18 87